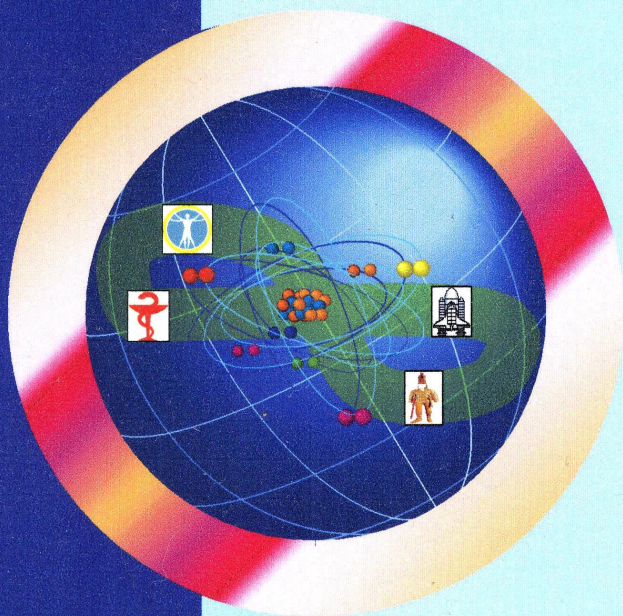




Science & Health Care

Научно-практический журнал

ҒЫЛЫМ МЕН
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение



4'2011

Semey - Семей

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

НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинский научно-практический
журнал
№ 4 2011 г.

Журнал основан в 1999 г.

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

Учредитель:
Государственный
медицинский университет
г. Семей

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

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

РНН 511700014852
ИИК KZ416010261000020202
БИК HSBKZZKX
Региональный филиал «Семей»
269900
АО «Народный банк
Казахстана», г. Семей
КБЕ 16
БИН 990340008684
КБЕ 16
Технический секретарь
Сапаргалиева Э.Ф.

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

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии
Государственного
медицинского университета
г. Семей

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

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

Редакционный совет:

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)
Хамзина Н.К.	(Астана)
Хоши М.	(Япония)
Шарманов Т.Ш.	(Алматы)
Ямашита С.	(Япония)

Редакционная коллегия:

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

Содержание

Лекции, обзоры

Ж. Б. Даулеткалиева	5
Возможность онкогенного влияния хризотил – асбестовой пыли	
Г. Б. Доненбаева	9
Возможности современной ультразвуковой технологии в диагностике рака щитовидной железы (обзор литературы)	
Организация здравоохранения Республики Казахстан	
Р. З. Енсебаев	13
Портал, как показатель доступности и прозрачности медицинской помощи населению на основе принципа свободного выбора: трудности и пути решения	
Р. З. Енсебаев, Ж. К. Ахмадиева	14
Внедрение принципов ЕНЗЗ на примере деятельности филиала Восточно-Казахстанской области	
П. И. Какенова, Д. К. Шайпранова, С. Ж. Мантыкова, К. А. Темиргалиева	16
Ответственность врача за профессиональные правонарушения	
Р. З. Енсебаев, Ж. К. Ахмадиева	18
Результаты реализации Региональной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы по Восточно-Казахстанской области	
Статьи	
К. Н. Апсаликов, Б. И. Гусев, Т. Ж. Мулдагалиев, Л. Б. Кенжина, Т. И. Белихина	20
Объективизация маркеров радиационного повреждения в группах радиационного риска, представленных экспонированным радиацией населением ВКО и их потомками (по результатам клинико-эпидемиологических, лабораторных и инструментальных исследований НИИ радиационной медицины и экологии)	
Р. Т. Булеуханова, Т. И. Белихина, Л. Б. Кенжина, А. М. Адылканова, Ж. Т. Байбусинова	22
Уровни адаптационных гормонов и их сопряженность с фазами неспецифических адаптационных реакций организма лиц, рожденных от облученных родителей	
Н. С. Ибраев	24
Влияние экологических факторов на состояние здоровья населения Восточного региона Казахстана	
А. З. Токаева	26
Клиническая характеристика бруцеллеза у лиц, проживающих в регионе Семипалатинского полигона, в зависимости от зон радиационного риска	
С. Е. Узбекова, Б. А. Жетписбаев, А. К. Мусайнова, Д. Е. Узбеков	29
Влияние реаферона на ферменты энергетического обмена в лимфоцитах периферической крови в отдаленном периоде после воздействия фракционированного гамма-облучения	
С. Е. Узбекова, Б. А. Жетписбаев, А. К. Мусайнова, Д. Е. Узбеков	30
Влияние реаферона на ферменты энергетического обмена в селезенке в отдаленном периоде после воздействия фракционированного гамма-облучения	
А. З. Токаева	32
Содержание иммуноглобулинов у больных бруцеллезом, проживающих в регионе Семипалатинского полигона, в зависимости от зоны радиационного риска	
Г.К. Сулейменов	34
Результаты терапевтического обследования по данным углубленного медицинского осмотра рабочих Жезкентского горно-обогатительного комбината	
Р. Б. Беделманова	35
Применение иглорефлексотерапии при заболеваниях периферической нервной системы	
Л. М. Амреева	37
Функциональное состояние системы кровообращения рабочих трудоемких профессий в условиях современного свинцово-цинкового производства	
Н. С. Ибраев	38
Охрана здоровья матери и ребенка в условиях экологически неблагоприятного промышленного центра Казахстана	
Г. Н. Кызыметова, С. К. Касымбекова	40
Эпидемиологическая характеристика внутрибольничных инфекций в Восточном регионе Казахстана	
Л. М. Амреева	43
Оценка состояния бронхолегочной системы лиц, работающих на свинцовом производстве	
Г. Т. Камашева, Д. К. Файзуллина, С. А. Скакова, К. К. Анапиева	45
Психологические особенности часто болеющих детей г. Семей	
Г. К. Шарипова	48
Особенности клиники часто болеющих детей города Семей	
Г.Т. Камашева, Д.К. Файзуллина, Г.К. Шарипова, К.К. Анапиева, С.А. Скакова, Г.А. Амангелды	49
Медико-социальные аспекты часто болеющих детей г. Семей	

О. А. Юрковская	51
Частота эутиреоидного зоба у детей и подростков Семипалатинского региона	
А. М. Хисметова	52
Тиреоидная дисфункция на фоне интерферонотерапии при хронических вирусных гепатитах В и С	
Г. М. Бельдеубаева	53
Причины, способствующие заболеванию туберкулезом детей и подростков	
Т. Н. Хайбуллин, М. С. Адишева, Р. Р. Нурланова, Б. Б. Кулумбаева, Ш. М. Кайрамбаева, С. С. Абдулланова	55
Эндоуральный электрофорез нейромедина при нейросенсорной тугоухости I-II степеней	
М. С. Адишева	56
Фонофорез диприлифа при заболеваниях опорно-двигательного аппарата	
З. К. Жумадилова, Ж. Е. Муздубаева, К. Б. Секербаев, С. А. Алиева, Б. Р. Смаилова	58
Проблема НПВП-гастропатий у ревматологических больных	
Т. В. Каймак, М. С. Адишева, Р. Р. Нурланова, Ж. К. Ташимбетова	61
Ультразвуковая терапия кетонала при лечении мышечно-фасциальных болевых синдромов	
Т. В. Каймак, М. С. Адишева, Р. Р. Нурланова Ш. М. Кайрамбаева	63
Электрофорез мидокалма при мышечно-тоническом синдроме	
Л. Т. Семенова	64
Оптимизация системной антибактериальной терапии хронического среднего гнойного отита	
Т. Н. Хайбуллин, М. С. Адишева, Р. Р. Нурланова, Т. В. Каймак, Б. Б. Кулумбаева, Б. К. Ерсаканова	66
Интраназальный электрофорез цероксона в ранней и поздней реабилитации пациентов перенесших острое нарушение мозгового кровообращения	
М. С. Адишева	67
Электрофорез нейромидина при компрессионных нейропатиях верхних конечностей	
А. Т. Айтуганова	69
Состояние показателей гемодинамики у больных с хронической почечной недостаточностью в зависимости от длительности гемодиализа	
Н. Р. Рахметов	71
Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка	
Х. Ф. Якупова	72
Иммунный статус у оперированных больных на фоне нутритивной поддержки	
И. А. Эм	73
Язва желудка с кровотечением тактика ведения в 1-е сутки	
Б. А. Айтмолдин	75
Прободная язва двенадцатиперстной кишки - тактика оперативного лечения	
Н. Р. Рахметов	76
Минидоступные операции при лечении желчнокаменной болезни, осложнённой нарушением проходимости желчных протоков	
Б. А. Айтмолдин	77
Ущемлённые паховые грыжи у пациентов старше 60 лет	
Х. Ф. Якупова	78
Сравнительная оценка показателей гемоциркуляций при комбинированном использовании рекофола с ингаляционными анестетиками сефоран и форан	
П. И. Какенова, Д. К. Шайпранова, С. Ж. Мантыкова	80
Хроническая абдоминальная ишемия	
А. А. Кухарева	81
Желудочно-кишечные осложнения химиотерапии	
Н. К. Ахметов	82
Саркоидоз кишечника	
Р. Р. Нигматуллин	84
Перекрыт жирового подвеска	
А. А. Кухарева	85
Современная терапия рака яичника	
М. А. Жанаспаев	87
Внутрикостный блокирующий остеосинтез в лечении переломов диафиза бедра	
М. А. Жанаспаев	89
Эпидемиология диафизарных переломов бедра по городу Семей	
Г. А. Жанаспаева	91
Сопоставительная оценка результатов клинического исследования остеосинтеза динамической пластиной и интрамедуллярного парафрактурного блокирования при переломе диафиза плеча	
А. О. Мысаев, Д. О. Абакашов, А. А. Крейк	95
Бытовая травма, как фактор госпитализации в травматологический стационар	
М. А. Аполоненко, И. А. Шмидт, К. В. Рудовский, С. А. Масгапов, Д. В. Писарев	97
Фантомные боли у больных, с ампутациями нижних конечностей выше колена	

К. Р. Беделманов	99
Лечение ожоговой болезни препаратом флогэнзим	
А. О. Мысаев, Д. О. Абакашов, А. А. Крейк	100
Анализ городского травматизма среди стационарных травматологических больных по г. Семей за 2009-2010 гг.	
Н. К. Ахметов	102
Травмы грудной клетки в экстренной хирургии	
А. О. Мысаев, Д. О. Абакашов, А. А. Крейк	104
Сравнительный анализ госпитального травматизма г. Семей за 1987 г. и 2009-2010 гг. по виду травм	
М. А. Аполоненко	105
Эффективность применения алкоголизации седалишного нерва при ампутациях нижних конечностей	
К. Р. Беделманов	107
Опыт применения геля контратубекс в комбинации с ферментом с целью профилактики избыточного рубцеобразования в раннем периоде заживления	
К. Р. Беделманов	108
Применение препарата аргосульфан для лечения ожоговых ран	
Р. Е. Кулубеков, К. Ш. Амренова	110
Течение пневмонии в условиях замкнутого пространства в эксперименте	
А. С. Аргынбекова, Л. И. Павлова, В. А. Павлов	111
Влияние бетулина на процессы перекисного окисления липидов облученного организма экспериментальных животных	
Г. Б. Доненбаева	114
Ультразвуковая диагностика хронического панкреатита	
Р. Е. Кулубеков, К. Ш. Амренова	116
Рекомендации для стартовой и эмпирической антибиотикотерапии при госпитальной пневмонии в терапевтическом отделении	
Г. Н. Кызыметова	118
Применение генетического метода исследований в диагностике инфекционных заболеваний	
С. К. Касымбекова	120
Организация детского питания в дошкольных учреждениях	
Р. С. Игембаева, К. С. Игембаева, Н. Т. Жаксылыкова, Г. Д. Раимова, Г. К. Кабышева, Б. Т. Туйебаева, А. Зарипова	124
Роль цитокинов в модуляции лимфоцитов крови у больных туберкулезом легких	
С. Б. Имангазинов, А. И. Айдарханова, Қ. М. Баймуханова, Г. К. Мухамеджанова	125
Адамның қорғаныш тапшылығы қоздырғыш жұқпасы мен туберкулез ауруы	
С. Б. Имангазинов, А. И. Айдарханова, Қ. М. Баймуханова, Г. К. Мухамеджанова	127
Ақсу қаласының адамның қорғаныш тапшылығы қоздырғыш жұқпалы аурумен сырқаттануларына талдау	
Р. Е. Кулубеков, К. Ш. Амренова	128
Рекомендации для стартовой и эмпирической антибиотикотерапии при госпитальной пневмонии в хирургическом отделении	
А. А. Дюсупова, Б. Р. Смаилова, А. Ж. Жумадилова, Л. С. Каконова, Г. О. Мейрашева, Б. Т. Байзуллинова, А. К. Ахметова	131
Бронхиальная астма	
А. А. Дюсупова, А. Ж. Жумадилова, Б. Р. Смаилова, Б. Т. Байзуллинова, Г. О. Мейрашева, Ж. И. Смагулова	132
Актуальные аспекты ишемической болезни сердца	
Б. К. Жумажанова	134
Предменструальный синдромом в амбулаторно-поликлинической практике	
Т. Е. Сейталипа	136
Коррекция климактерического синдрома у женщин пременопаузального возраста	
К. Е. Жаксыбаева, Т. Е. Сейталипа	137
Факторы риска снижения минеральной плотности костной ткани у женщин репродуктивного возраста	
Л. Г. Кирпичникова, Ж. С. Сисенбаева, Б. К. Жумажанова	138
Профилактика нарушений минеральной плотности костной ткани у женщин	
Т. Е. Сейталипа, К. Е. Жаксыбаева	139
Бактериальный вагиноз	
Случаи из практики	
Р. Р. Нигматуллин	141
Флегмона грыжевого мешка	
А. Қ. Боленбаев	142
Жоғарғы еріннің және тандайдың туа біткен кемістігінің хирургиялық емі	
А. С. Тилеубаева, Г. К. Каженова, А. Қ. Боленбаев	143
Жақтың амелобластомасы (адамантинома)	
Юбилей Ушкац Людмила Константиновна	144

УДК 616-057:622.874

ВОЗМОЖНОСТЬ ОНКОГЕННОГО ВЛИЯНИЯ ХРИЗОТИЛ – АСБЕСТОВОЙ ПЫЛИ**Ж.А. Даулеткалиева****Карагандинский Государственный медицинский университет, г. Караганда****Резюме**

Проблема использование асбеста – весьма острая мировая проблема. Она дискутируется уже много лет и, будучи, прежде всего, проблемой медицинской, приобрела в последнее время также экономический и политический характер. Исходя из этого, весьма актуальным как в теоретическом, так и в практическом плане является оценка реальной онкологической опасности у работников производства асбоцементных конструкции и разработка научно обоснованных дифференцированных мероприятия предупредительного характера.

Тұжырым**Хризотил - асбест шаңының онкогенділік мүмкіншілігі**

Асбестті пайдалану проблемасы – аса өткір әлемдік проблема. Ол көп жыл бойы талқыланды және ең алдымен медициналық проблема болса да, соңғы кезде экономикалық және саяси сипатты болып саналады. хризотил – асбест шаңының гигиеналық аспектілерінің әртүрлілігі жайлы айтқан жөн. Қолда бар мәліметтер әлі де толықтыруды талап етеді. Хризотил – асбест өнеркәсібі жұмысшыларының кәсіптік аурушандығына жұмыс стажы мен еңбек түрінің әсері сұрақтары бүгінгі күнде маңызды болып отыр.

Summary**The possibility of carcinogenicity of chrysotile - asbestos dust**

The problem of the use of asbestos is a very acute global problem. It is debated for many years and, being primarily a problem of medical, has recently become the economic and political. Based on this, very relevant in both theoretical and in practical terms is to assess the actual risk of cancer in workers manufacturing chrysotile –asbestos construction and development of evidence-based event-differentiated preventive nature.

Проблема использование асбеста – весьма острая мировая проблема. Она дискутируется уже много лет и, будучи, прежде всего, проблемой медицинской, приобрела в последнее время также экономический и политический характер [1].

Хризотилловый асбест или «белый» асбест – хризотил – безопасная разновидность асбеста, контролируемое использование которого одобрено ВОЗ и МОТ. Асбест (от греческого неугасимый, неразрушимый) – это группа волокнистых силикатных минералов, обладающих высокими техническими свойствами асбестосодержащих продуктов: высокая прочность на разрыв, эластичность, огнеупорность. Асбест делится на 2 основные группы: хризотилловый асбест и амфиболовый асбест [2].

В результате миграции элементов из этих источников асбест, в процессе добычи и обогащения, может загрязняться различными металлами, металлоидами, полициклическими ароматическими углеводородами, радоном и др. Джеттагаринское месторождение хризотил – асбеста находится в Кустанайской области Республики Казахстан. Промышленную разработку месторождения проводит ОАО «Кустанайасбест». Технологический процесс получения асбеста включает два основных передела: добычу и обогащение хризотилловой руды.

Установлено, что все технологические операции по получению хризотил – асбеста на ОАО «Кустанайасбест» сопровождаются генерацией высокодисперсных асбестосодержащих аэрозолей дезинтеграции. При добыче хризотилловой руды 57% замеренных максимально разовых концентраций были на уровне или ниже ПДК (4,0 мг/м³). Превышение нормированных величин как в холодный, так и теплый период года выявлено только на рабочем месте бурильщика в кабине бурового станка при работе до 2,4 раза по максимально разовым и до 1,5 по средним показателям [3].

Проведенные рядом авторов исследования показали, что пыль хризотил – асбеста даже в высоких концентрациях непосредственно не оказывает вредного воздействия на здоровье лиц, контактирующих с ним. Однако в сочетании с воздействием некоторых других факторов (неблагоприятных атмосферных условий,

тяжелой физической работы и др.) возможно вредное воздействие на здоровье [4].

Продолжающаяся в Европе и мире кампания, направленная на тотальный запрет использования асбеста, обусловило необходимость применения искусственных минеральных волокон.

Таким образом, анализ литературы показал, что в настоящее время нет волокнистых альтернативных заменителей асбеста, обладающих всеми присущими ему физико – химическими свойствами. Результаты многочисленных зарубежных эпидемиологических и экспериментальных исследований показывают, что искусственные минеральные волокна не являются биологически инертными и, возможно, обладают сходным с асбестом механизмом действия. Международное агентство по изучению рака отнесло искусственные минеральные волокна к веществам, возможно или вероятно канцерогенным для человека [5].

Многолетнее вдыхание асбестосодержащей пыли в концентрациях, в десятки и сотни раз превышающих действующие в России и мире нормативы для воздуха рабочих мест, может привести к развитию таких асбестообусловленных заболеваний органов дыхания (АЗОД), как асбестоз, хронический палевой бронхит (ХПВ), рак органов дыхания, мезотелиома плевры и др. [6].

В 100-летней истории исследований по проблеме «асбест - здоровье» условно авторы выделили три основных этапа. Первый этап – с 1899 года, когда впервые были отмечены профессионально обусловленные случаи поражения кожи и органов зрения рабочих, занятых обогащением асбеста.

Второй этап, с 1923 по 1941 г.; характеризуется накоплением первичного фактологического материала и определением приоритетных направлений для последующих исследований.

Третий этап охватывает период с 1946 г. по настоящее время. Работы были возобновлены в апреле 1946 года – время начала активных исследований условий труда и влияние их на здоровье работающих в асбестовой промышленности [7].

Многочисленные авторы отмечают, что промышленная пыль вызывает нарушения мукоцилиарного клиренса, что, в свою очередь, способствует проникновению пыли в глубже лежащие отделы респираторной системы и приводит к развитию профессиональной патологии органов дыхания (суб и атрофическим ринитам, к пылевому бронхиту, пневмокоптозу и бронхиальной астме) [8].

В результате многолетнего и длительного воздействия на органы дыхания асбестосодержащей пыли в концентрациях, превышающих действующие ПДК, возможен риск развития асбестообусловленных заболеваний (АОЗ): асбестоза, хронического бронхита, поражения плевры, рака легких и мезотелиомы плевры [9].

Несмотря на улучшение условий труда на предприятиях по добыче и переработке хризотил – асбеста в уральском регионе за последнее десятилетие, по данным одного из исследовательских центров, было впервые выявлено более 400 новых случаев асбестоза, в связи с чем изучение сроков развития клиники, течения и прогноза этого заболевания остается актуальным [10].

Не вызывает сомнений наличие определенного риска у работающих в контакте с асбестом специфического фиброза легочной ткани – асбестоза, возможности возникновения бластоматозного процесса (бронхиальная карцинома, мезотелиома плевры и брюшины). Однако в последние годы появляется все больше доказательств того, что заболевание асбестозом и особенно раком легких связано с неконтролируемым использованием амфиболовых форм асбеста. Поэтому применение этого вида асбеста в настоящее время вполне обосновано запрещено. Что же касается хризотилового асбеста, который ныне составляет свыше 95% всей добычи асбеста в мире, то в мировой литературе появляется все больше убедительных данных о том, что этот тип асбеста является малоагрессивным и при контролируемом применении может быть более безопасным для человека, чем его синтетические заменители, которых сегодня известно более 20. По крайней мере, до сих пор отсутствуют данные эпидемиологических исследований, которые свидетельствовали бы о большей опасности для здоровья хризотилового асбеста в сравнении с альтернативными синтетическими его заменителями [11].

В условиях современных предприятий асбестотехнических изделий (АТИ) у работников, подвергающихся воздействию пыли хризотилового асбеста, остается актуальной проблема развития асбестообусловленных заболеваний (АОЗ) легких [12].

Между тем ряд авторов отмечает, что сроки развития и прогноз профессиональных заболеваний зависит не только от интенсивности и длительности воздействия вредных производственных факторов, но и от предшествующего состояния организма и особенности его реакции на неблагоприятное его воздействие [13].

Продолжительное многолетнее воздействие асбестосодержащих аэрозолей в концентрациях, превышающих ПДК, может привести к развитию у работающих так называемых асбестообусловленных заболеваний: асбестоза, хронического пылевого бронхита, рака легких, а также мезотелиомы плевры и брюшины.

При изучении состояния здоровья рабочих, подвергавшихся воздействию асбестосодержащих аэрозолей, выявляются пылевые заболевания системы органов дыхания – субатрофический фарингит, асбестоз, хронический пылевой бронхит и периферический рак легких [14].

В 2005-2007 г.г. проблема возможности использования хризотилового асбеста (хризотила) без риска для здоровья работающих и населения привлекало большое внимание. Многие международные организации высказали

по этому поводу. Вставал вопрос о корректировке уже действующих международных конвенций и о включении хризотила в перечень веществ, особо опасных для здоровья человека и окружающей среды [15].

В последнее время уделяется проблеме влияния асбеста на окружающую среду, в том числе – производственном цикле в связи с канцерогенным действием асбеста при поступлении в организм с атмосферным воздухом. Известно, что профессиональное ингаляционное воздействие асбеста приводит к возникновению злокачественных новообразований. Среди них наиболее частой формой являются рак легких, мезотелиома, рак желудочно – кишечного тракта и др.

Исследованиями было доказано, что частота хромосомных aberrаций в лимфоцитах периферической крови у лиц, контактирующих с асбестом в 1,7 раз выше по сравнению с показателями в контроле; митотическая активность клеток при этом была снижена в 1,4 раза.

Найденные цитогенетические показатели не зависели от производственного стажа и коррелировали с суммарной дозой пыли. Хромосомные аномалии обнаруживались при воздействии асбеста *in vitro* и в анафазе, даже малые дозы асбеста (0,5 и 2мкг/см²) вызывали дозо- и времязависимые нарушения агрегации хромосом, анулоидию и полиплоидию [16].

В литературе, посвященной вредному воздействию хризотилового асбеста, значительное место отводится обсуждению его канцерогенных свойств. Борьба со злокачественными новообразованиями является одной из актуальных задач в области здравоохранения. В настоящее время в ее решении большое внимание уделяется первичной профилактике, а именно, выявлению и устранению факторов внешней среды, в том числе производственных, способствующих возникновению онкологических заболеваний.

Распространенным профессиональным канцерогенным фактором риска является асбест, который по классификации Международного Агентства по изучению рака относится к первой группе канцерогенов.

В настоящее время неуклонно расширяется производство асбеста и конструкций на его основе.

Исходя из изложенного, весьма актуальным как в теоретическом, так и в практическом плане является оценка реальной онкологической опасности у работающих Шымкентского производства асбестоцементных конструкций и разработка научно обоснованных дифференцированных мероприятий предупредительного характера.

Данные о состоянии производственной среды за период с 1999 по 2000 год свидетельствуют о том, что на основных рабочих местах отмечается превышение предельно – допустимой концентрации (ПДК) асбестосодержащей пыли.

Наибольшее загрязнение асбестосодержащей пылью наблюдается в формовочном цехе, где ее концентрация превышает гигиеническую норму до 2,7 раза, а в аппаратном цехе превышение ПДК составляет до 2,15 раза. При этом, за исследуемые годы загрязненность атмосферного воздуха формовочного цеха повысилась на 0,9%, а в аппаратном цехе снизилась на 0,5%.

Условия труда в Шымкентском производстве асбестоцементных конструкций характеризуются повышенной канцерогенностью, что обусловлено высокой респираторностью асбестообусловленной производственной пыли, которая по концентрации в воздухе формовочного и аппаратного цехов от 2,15 до 2,7 раза превышают гигиенические нормативы.

Достоверно высокие уровни онкологической смертности от рака легкого наблюдаются среди стажирован-

ных рабочих в возрасте 40- 49 лет с нарастающим увеличением в каждой последующей возрастной и стажевой группе контингента [17].

В условиях асбестоцементного производства существует высокая степень достоверности повышенного риска возникновения злокачественных новообразований по всем локализациям и особенно рака легкого.

При этом значимы влияния поведенческих факторов риска для развития злокачественных новообразований (злоупотребление курением и алкоголем и т.д.) [18].

Согласно классификации Международного агентства по изучению рака, асбест входит в группу веществ с канцерогенными свойствами, доказанными в многочисленных эпидемиологических и экспериментальных исследованиях для контингентов населения, имеющего профессиональный контакт с ним. В то же время экологический риск сравнительно небольших концентраций асбеста, характерных для внепроизводственной среды, по-прежнему остается предметом дискуссий [19].

Поскольку добыча и применение амфиболовых асбестов уже запрещено практически во всех странах, речь идет исключительно о хризотиле. Между тем, если проанализировать результаты эпидемиологических исследований приходится констатировать, что достоверных убедительных данных, о том, что именно хризотил представляет онкологическую опасность для населения, нет. Это не означает, что хризотил и сам по себе не обладает определенными канцерогенными свойствами. Это многократно доказано, в частности, в экспериментах. Имеющий ряд особенностей волокнистый канцерогенез подчиняется общему для всех видов канцерогенеза биологическому закону «доза – время – эффект», снижая риск возникновения опухоли или выводя его, как неоднократно говорил Л. М. Шабад, за пределы средней продолжительности человека. Совершенно очевидно, что отсутствие убедительных эпидемиологических данных об опасности хризотила для населения (непрофессиональная экспозиция) объясняется еще и низкими уровнями его воздействия. Упомянутый биологический «закон» позволяет говорить не о запрещении хризотила, а о контролируемом его уровне [20].

Непрофессиональное воздействие асбеста через атмосферный воздух также может быть причиной развития злокачественных опухолей. В начале 70 – х годов при изучении биологического действия асбестосодержащих веществ были впервые использованы цитогенетические методы. Доказано, что крокидолит и канадский хризотил вызывает повышение частоты хромосомных aberrаций в культуре клеток китайского хомячка [21].

В связи с канцерогенностью асбеста, установленной И. Селикоффом в 50-е годы при воздействии волокон в чрезвычайно высоких концентрациях, а также эпидемиологическими исследованиями, проведенными без обращения внимания на типы минералов (амфиболы, серпентины). ЕС издал директиву о запрете «асбеста» и замене его искусственными волокнами (1999/77/ЕС от 26 июля 1999 г.).

Способность индуцировать свободные радикалы в культуре периферической крови человека (флюоресценция) оценивали по С. Е. Середнину и А. Д. Дурневу; проводили цитогенетический анализ препаратов костного мозга после внутрибрюшинного введения пылей, микроморфометрию легких через 14 месяцев после интратрахеального введения пылей (окраска гематоксилин – эозином по Ван - Гизону), делали срезы 5 мкм через весь орган.

Асбесты и базальт при внутрибрюшинном введении подопытным животным при исследовании через 1 ме-

сяц вызвали слабый равноценный цитогенетический эффект (М.Г. Домшлак) – образование хромосомных aberrаций в клетках костного мозга.

Макроскопическое и микроморфометрическое исследование животных по прошествии 1 месяца с момента введения пылей выявило у них в легких экссудативно – пролиферативный воспалительный процесс с образованием пылевых гранул из лимфоидных и плазматических клеток с примесью гистиоцитов (особенно при воздействии крокидолита), прорастание соединительной тканью (исследования проведены Л.С. Трахуновой) [22].

Предположение о связи между экспозицией к асбесту и возникновением опухолей было высказано более полувека назад.

Канцерогенность асбеста для человека в настоящее время не вызывает сомнений, и он включен в 1–ю группу по классификации Международного агентства по изучению рака (МАИР). Доказанность канцерогенности асбеста для людей не означает запрещение его добычи и применения.

Известно, что асбест может индуцировать у людей рак легкого и мезотелиомы плевры и брюшины. Связь с опухолями других локализаций еще твердо не установлена. Принято считать, что хризотил менее канцерогенен, чем амфиболовые асбесты. Если последние вызывают у людей опухоли как из легочной ткани, так и из мезотелия, то хризотил более опасен для легких, чем для мезотелия [23].

Основными факторами канцерогенного риска среди работников асбестоцементного производства являются: асбест (астинолит, амозит, антофиллит, хризотил, крокидолит, тримолит) и двуокись кремния, отнесенные в первой группе канцерогенной опасности человека, Международным агентством исследования рака (МАИР). Данные асбесты отличаются по своим физико – химическим свойствам, которые определяют биологические эффекты на организм человека и канцерогенные свойства. Асбест является как индуцирующим, так и промотирующим канцерогенным агентом. Обладая собственными канцерогенными свойствами, он усиливает канцерогенность других факторов (двуокиси кремния, курение и пр.). Асбесты, относясь к эпигенетическим канцерогенам (не вызывающим прямого мутационного повреждения ДНК клеток - мишени), обладают уникальной способностью повреждать геном клетки.

Образовавшиеся активные формы кислорода вызывает прямое повреждение ДНК клеток органов – мишеней путем окисления гуанина с образованием 8-гидроксигуанина, который становится инициатором неопластической трансформации клеток. Кроме того, асбесты обладают способностью прямого физического повреждения клеток органов – мишеней – проникая в клетку – мишень волокна длиной до 10 мкм (короткие волокна), вызывают: повреждение веретена деления при митозе, фрагментацию хромосом с образованием микроядер, прилипание волокон к хромосомам.

Кроме асбеста, работники асбестоцементных предприятий подвержены вредному воздействию кристаллических форм двуокиси кремния (кристаллита, кварца), содержащегося в цементе (около 50%). Кристаллический кремний в легочной ткани вызывает повреждение эпителия и активизацию макрофагов и нейтрофильных лимфоцитов, вследствие чего в поврежденных тканях увеличивается концентрация факторов воспаления и клеточной пролиферации (цитокинов), вызывающих пролиферацию эпителия и интерстициальных клеток (клинически проявляющиеся пневмосклерозом). Одновременно происходит активизация фагоцитов кристаллами двуокиси

кремния, что так же, как и при действии асбестовых волокон, ведет к развитию оксидантного стресса и его последствия в инициализации канцерогенеза [24].

Как известно, хризотил – асбест является волокнистым природным минералом, обладающий канцерогенным действием. И если транслокальная миграция волокон по организму хорошо изучена в многочисленных экспериментах на разных видах животных при различных способах введения, то транспланцентарное воздействие асбеста изучено в меньшей степени, а полученные данные противоречивы. Что же касается транспланцентарной индукции опухолей у потомства в первом поколении (F1) при воздействии природных и искусственных волокон, то этот вопрос полностью не изучен, хотя представляет не только теоретический, но и практический интерес. Это связано с тем, что в производстве асбеста, искусственных минеральных волокон и изделий на их основе заняты значительные контингенты женщин фертильного возраста, и не исключено патогенное влияние волокнистых пылей на их потомство.

Первая опухоль в опытной группе обнаружена на 238 день эксперимента, а в контрольной на 500. Из 84 животных опытной группы (эффективное число) новообразований обнаружено у 20 животных (23,8%) по сравнению с (6,1%) в контроле ($p < 0.01$). в опытной группе у 15 животных (17,9%) это были опухоли органов дыхания. Патоморфологически установлено, что только в одном случае это была доброкачественная аденома легкого, остальные опухоли были злокачественными: 2 анапластических рака легкого, 6 бронхоальвеолярных раков легких и 5 лимфорегикулосарком.

В долгосрочном эксперименте на крысах были установлены транспланцентарная передача волокон хризотил – асбеста от матери к плоду, миграция их по организму и накопление в ткани легких животных первого поколения. Волокна респираторных размеров оказывали повреждающее воздействие на лимфоциты периферической крови крыс в первом поколении, о чем свидетельствовало увеличение скорости репаративного синтеза ДНК. На клетки красного ростка костного мозга хроническое воздействие хризотил – асбеста влияния не оказывало. Транспланцентарная миграция волокон хризотил – асбеста и накопление их в ткани легких сопровождалась достоверным увеличением злокачественных новообразований органов дыхания. Исходя из полученных данных, можно предположить, что транспланцентарная передача волокон хризотил – асбеста играет определенную роль в детском асбестовом канцерогенезе [25].

Борьба со злокачественными образованиями является одной из актуальных задач в области здравоохранения. В настоящее время в ее решении большое внимание уделяется в первичной профилактике, а именно, выявлению и устранению факторов внешней среды, в том числе производственных, способствующих возникновению онкологических заболеваний.

Распространенным профессиональным канцерогенным фактором риска является асбест, который по классификации Международного Агентства по изучению рака относится к первой группе канцерогенов.

Исходя из вышеизложенного, весьма актуально как в теоретическом, так и в практическом плане является оценка реальной онкологической опасности у работников производства асбоцементных конструкций и разработка научно обоснованных дифференцированных мероприятий предупредительного характера [26].

Литература:

1. Кундиев Ю.И., Чернюк В.И., Каракашян А.Н., Кучерук Т.К., Мартыновская Т.Ю., Демедская А.В., Сальникова Н.А., Чуй Т.С., Пятница – Горпинченко Н.К. Гигиеническая характеристика условий труда рабочих основных профессий в асбестоцементном производстве Украины. Медицина труда и промышленная экология. - 2008, №3. - С.21.
2. Плюхин А.Е. Гигиенические аспекты состояния здоровья работников при добыче и обогащении хризотилового асбеста. Гигиена и санитария. - 2006, №3. - С.26.
3. Кашанский С.В., Кузьминых А.И., Коган Ф.Н. Содержание мышьяка и других вредных веществ в воздухе рабочей зоны на предприятиях ОАО «Кустанай-асбест». Медицина труда и промышленная экология. 2001, №9. - С.45 - 46.
4. Капцов В.А., Тихова Т.С., Суворов С.В., Хвастунов Р.М., Трофимова Е.В., Зинина С.А., Кашанский С.В. Состояние здоровья работающих с отходами хризотил – асбеста на объектах железнодорожного транспорта. Медицина труда и промышленная экология. - 2000, №11. - С.23.
5. Никитина О.В., Коган Ф.М., Кашанский С.В., Везенцев А.И., Чупрова Ю.И. О гигиенической целесообразности использования искусственных заменителей асбеста (обзор литературы). Медицина труда и промышленная экология. - 2000, №11. - С.27-29.
6. Лихачева Е.И., Вагина Е.Р., Климина М.С., Кашанский С.В. Клиника асбестообусловленных заболеваний и коррекция гемодинамических и вентиляционных сдвигов у больных асбестозом. Медицина труда и промышленная экология. - 2008. №3. - С.43.
7. Домнин С.Г., Кашанский С.В., Плотнок Э.Г., Лихачева Е.И., Селянкина К.П., Коган Ф.Н. Асбест – современные проблемы медицина труда и экологии. Медицина труда и промышленная экология. - 2000, №11. - С.1.
8. Базельюк Л. Т., Бекпан А. Ж. Цитологический анализ мазков слизистой оболочки носа и буккального эпителия щек у рабочих хризотил – асбестового производства АО Костанайские минералы. Токсикологический вестник. - 2011, №2(107). - С.20-21.
9. Плюхин А.Е. Гигиенические аспекты состояния здоровья работников при добыче и обогащении хризотилового асбеста. Гигиена и санитария. - 2006, №3. - С. 4-6.
10. Лихачева Е.И., Семенникова Т.К., Вагина Е.Р., Ярина А.Л., Климина М.С. Клиника и течение асбестоза в современных условиях добычи и переработки хризотил – асбеста. Медицина труда и промышленная экология. - 1999, №5. - С.4-6.
11. Кундиев Ю.И., Чернюк В. И., Каракашян А. Н., Кучерук Т.К., Мартыновская Т. Ю., Демедская А. В., Сальникова Н. А., Чуй Т.С., Пятница – Горпинченко Н.К. Гигиеническая характеристика условий труда рабочих основных профессий в асбестоцементной промышленности Украины. Медицина труда и промышленная экология. - 2008, №3. - С.22.
12. Плюхин А.Е. Бронхолегочная патология у работников асбестотехнического производства в современных условиях. Медицина труда и промышленная экология. - 2005. №8. - С.27-32.
13. Кузьмин С.В., Будкарь Л.Н., Бугаева И.В., Обухова Т.Ю., Карпова Е.А., Терешина Л.Г., Лузина Н.Г. Прогнозирование риска развития профессиональной пылевой патологии у лиц, контактирующих с пылью хризотил – асбеста. Медицина труда и промышленная экология. - 2008. №12. - С.36.
14. Лихачева Е.И., Ярина А.Л., Вагина Е.Р., Климина М.С., Обухова Т.Ю., Довголюк Т.А., Кашанский С.В., Клинические особенности заболевания легких от воз-

действия пыли хризотил - асбеста. Медицина труда и промышленная экология. - 2000. №11, - С.31, 33.

15. Измеров Н.Ф. Программа Всемирной организации здравоохранения и международной организации труда по элиминации асбестообусловленных заболеваний. Медицина труда и промышленная экология. - 2008. №3. - С.1.

16. Дауренов Б. Современное состояние вопроса о потенциальной онкогенности промышленных асбесто-содержащих пылей. Вестник Южно – Казахстанской государственной медицинской академии. - 2008. - С.168.

17. Дауренов. Б.Б. Оценка канцерогенной опасности условий труда работающих в асбоцементном производстве. Вестник Южно – Казахстанской государственной медицинской академии. - 2008. №2. - С.25- 27.

18. Дауренов Б.Б. Производственные и непрофессиональные факторы канцерогенного действия на здоровье работающих асбоцементного производства. Вестник Южно – Казахстанской государственной медицинской академии. - 2008. №2(39). - С.32.

19. Плотнок Э.Г., Селянкина К.П., Кашанский С.В., Рыжов В.В., Винокуров М.В., Штоль А.В. Гигиенические проблемы охраны окружающей среды и здоровья населения в районах добычи и применения хризотил – асбеста. Гигиена и санитария. - 2006. №3. - С. 70.

20. Пылев Л.Н., Васильева Л. А., Смирнова О.В., Везенцев А.И., Гудкова Е.А. Активные радикалы кислорода и волокнистый (асбестовый) канцерогенез. Токсикологический вестник. №1 январь – февраль 2009. - С.26.

21. Дауренов Б.Б. Современное состояние вопроса о потенциальной онкогенности промышленных асбесто-

держащих пылей. Вестник Южно – Казахстанской государственной медицинской академии. – 2008, 4(41), - С.146.

22. Саноцкий И.В., Еловская Л.Т. Международная проблема вредного действия асбестов и альтернативных волокнистых материалов. Гигиена и санитария. - 2003, №6. - С.48.

23. Пылев Л.Н., Васильева Л.А., Кринари Г.А., Бахтин А.И., Везенцев А.И., Зубакова Л.Е. Электрические свойства поверхности волокон и токсичности асбеста. Гигиена и санитария. - 2002, №3. - С.61.

24. Нагорная А.М., Вривончик Д.В., Кундиев Ю.И., Федоренко З.П., Горох Е.Л., Гулак Л.О., Витте П.Н., Каракашян А.Н., Лепешкина Т.Л., Мартыновская Т.Ю. Онкологическая заболеваемость работников асбоцементных производств. Медицина труда и промышленная экология. - 2008, №3. - С.27 – 28.

25. Ванчурова Н.Н., Кашанский С.В., Трегубов Е.С., Скрябин Л.А. Экспериментальное обоснование возможности индукции опухоли потомства при транспланцитарной миграции волокон хризотил – асбеста. Медицина труда и промышленная экология - 2008, №3, - С. 35-37.

26. Дауренов Б.Б., Арыбжанов Д.Т., Кулакеев О.К., Болежанов Ж.М. Анализ онкологического риска среди работающих в условиях асбоцементного производства. Вестник Южно – Казахстанской государственной медицинской академии. - 2008. №4(41). - С.146.

УДК 616.441-006-073.43

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Г.Б. Доненбаева

АО «Республиканский диагностический центр», г. Астана

Summary

Capabilities of modern ultrasound technology in the diagnosis of thyroid cancer (review)

According to WHO, over the past 10 years, the incidence has increased by 2 times, a trend towards more frequent occurrence of "hidden" forms of cancer. In assessing the state of the thyroid gland, the surrounding organs and systems, to solve problems early, refined, differential diagnosis of focal disease, diffuse changes of the gland can be used spectrum of basic and complex new technologies and techniques of ultrasound diagnosis:

- | | |
|--|---|
| 1) mode gray scale; | 7) three-dimensional image reconstruction of vascular mode; |
| 2) tissue harmonic; | 8) panoramic scan; |
| 3) adaptive kolorayzing; | 9) spektral pulsed Doppler; |
| 4) color Doppler mapping; | 10) ultrasound elastography; |
| 5) The energetic mapping; | 11) other (Multi-SliceView, Volieme CT View, contrast ultrasound, etc.) |
| 6) three-dimensional reconstruction of images in gray scale, 4D; | |

Large selection of modes and technologies, frequency ultrasound scanning greatly simplifies and facilitates the daily work of the doctor-diagnostics provides high detail the structure of the thyroid gland and surrounding tissue, high contrast and spatial resolution allows you to collect more information on the various depths of the location of the zone of interest with less effort and over a shorter period of time. Modes and algorithms for automatic optimization by pretreatment echo images allow to balance the effects of heterogeneity of tissue differentiation and suppress noise and artifacts associated with breathing movements, pulsation of the vascular bundles of the transfer the patient, incorrect common settings scanner.

Рак щитовидной железы составляет 0,4-6% всех видов рака и является наиболее распространенной формой злокачественных новообразований эндокринной системы.

Чаще рак щитовидной железы встречается в возрасте 41-50 лет.

По данным некоторых авторов возникновение рака щитовидной железы во всех странах имеет 2 пика: меньший в 7-20 лет, больший в 40-65 лет.

Как правило, рак расположен в боковых долях щитовидной железы.

Наиболее характерными ультразвуковыми признаками очаговых изменений в щитовидной железе, указывающими на возможность их злокачественного характера, являются:

- * солитарность образования;
- * неправильная форма узла;
- * бугристые границы;
- * нечеткие контуры;
- * гипоехогенность узла;
- * неоднородность структуры;
- * наличие гиперэхогенных включений в виде микрокальцинатов (размером до 2мм, без акустической тени);
- * дорзальное ослабление ультразвукового сигнала;
- * отсутствие по периферии отграничительного ободка;
- * в режиме ЦДК, ЭК, 3D-PD при крупных размерах чаще характерна гиперваскулярность очаговых изменений, при мелких образованиях - гипо-, аваскулярность;
- * в режиме 3D-PD определяются неравномерное распределение сосудов в структуре узла, хаотичность, дезорганизованность сосудистого рисунка, патологическая трансформация сосудов;
- * увеличение регионарных лимфатических узлов.

При оценке состояния щитовидной железы, окружающих органов и систем, для решения задач ранней, уточняющей, дифференциальной диагностики очаговой патологии, диффузных изменений железы может использоваться спектр базовых, а также комплекс новейших технологий и методик ультразвуковой диагностики:

- 1) режим серой шкалы;
- 2) тканевые гармоники;
- 3) адаптивный колорайзинг;
- 4) цветное доплеровское картирование;
- 5) энергетическое картирование;
- 6) трехмерное реконструкция изображения в режиме серой шкалы, 4D;
- 7) трехмерное реконструкция изображения в сосудистом режиме;
- 8) панорамное сканирование;
- 9) спекторальная импульсная доплерография;
- 10) ультразвуковая эластография;
- 11) другие (Multi-SliceView, Volume CT View, контрастное УЗИ и др.)

Режим серой шкалы.

В- режим серой шкалы (2D- режим) при линейном электронном сканировании является основным в диагностике заболеваний щитовидной железы.

Ультразвуковая картина рака щитовидной железы может быть различной: в режиме серой шкалы структура узла может быть гипоехогенной солидной, смешанной и кистозной.

Ультразвуковая оценка узлового образования щитовидной железы позволяет заподозрить рак в 65% случаев, наибольшая вероятность имеется при сочетании 4 эхопризнаков (сниженная эхогенность, неправильная форма, нечеткие границы, неровные контуры).

При раке щитовидной железы границы опухоли часто полностью или четко не определяются, иногда встречаются анехогенные участки, представляющие собой полости распада, и микрокальцинаты.

Наличие мелких гиперэхогенных включений может свидетельствовать о малигнизации узла, хотя кальцинаты различных размеров и степени однородности, иногда даже с акустической тенью, могут встречаться в неизменной ткани щитовидной железы.

При прорастании рака щитовидной железы в окружающие мышцы признаком инвазии опухоли могут являться нарушение ультразвуковой архитектоники пораженных мышц, нечеткость их контуров. Подозрение о

прорастании опухоли в трахею и участок их соприкосновения определяется на протяжении более 10мм.

Тканевая гармоника.

Вторая гармоника (тканевая гармоника, Tissue Harmonic Imaging - THI, Tissue Harmonic Echo - THE) - алгоритм выделения гармонической составляющей колебаний внутренних органов, вызванных прохождением сквозь них базового ультразвукового импульса. Методика проводится чаще на тех же сканерах и с применением тех же датчиков, что и основное УЗИ, с добавлением дополнительной функции.

Использование тканевой гармоники способствует более точному выявлению ультразвуковых симптомов рака щитовидной железы, преимущественно за счет более четкого определения контуров образования, уточнения наличия и расположения кальцинатов, определения внутренней неоднородности узла. Особенно эффективно использование методики при оценке структуры образований больших (более 30мм) или малых (менее 5 мм) размеров, однако ее значение в дифференциальной диагностике рака щитовидной железы невелико.

Адаптивный колорайзинг.

Технология ультразвукового адаптивного колорайзинга заключается в использовании электронной цветовой карты для окрашивания изображения, полученного в режиме серой шкалы. Интенсивность окрашивания зависит от величины амплитуды отраженного эхосигнала. Возможна инверсия цвета получаемого изображения. Методика проводится с применением тех же датчиков, что и основное УЗИ, с добавлением дополнительной функции (опции).

Методика эффективна в сочетании с режимом серой шкалы для выявления собственно очаговых образований щитовидной железы (чаще изоэхогенных), характеристики контуров узла эффектов дорзального усиления эхосигнала, особенно при больших размерах образования (от 0,5-0,7 см).

Цветовое доплеровское и энергетическое картирование

ЦДК (Color Doppler Imaging – CDI, Color Flow Imaging –CFI, Color Flow Mapping - CFM) – ультразвуковая технология на регистрации скоростей движения крови, кодирования этих скоростей разными цветами и наложении полученной картины на двухмерное черно-белое изображение исследуемого объекта. Методика проводится на тех же сканерах и с применением тех же датчиков, что и основное УЗИ, с добавлением дополнительной функции посредством нажатия клавиш, установки корректных фильтров сигнала, регулировки интенсивности окрашивания визуализируемых структур.

Современная ультразвуковая высокоразрешающая аппаратура с доплеровским блоком позволяет лоцировать ткани на глубине до 25мм. Большинство исследователей придерживаются мнения о неоспоримой ценности ЦДК для диагностики злокачественных образований щитовидной железы.

При анализе васкуляризации паренхимы щитовидной железы, сосудистого рисунка (паттерна) ее патологических образований с использованием доплеровских методик, как правило, характеризуют:

- * кровотоков в верхней щитовидной артерии и нижней щитовидной артерии;
- * васкуляризацию паренхимы щитовидной железы (интрапаренхиматозный кровотоков);
- * кровотоков в структуре узлового образования (интранодулярный кровотоков).

Характеризуя сосудистую архитектуру паренхимы щитовидной железы (интрапаренхиматозный кровоток) в режимах ЦДК и ЭК, как правило, оценивают:

- * насыщенность сосудистого рисунка;
- * симметричность (по долям, сегментам);
- * равномерность распределения сосудистых структур в паренхиме щитовидной железы;
- * целостность (наличие деформации) сосудистого рисунка.

Выделяют 3 вида узлов щитовидной железы по типу их сосудистого рисунка:

- 1) перинодулярный - при наличии кровотока преимущественно по периферии узла;
- 2) смешанный - васкуляризация определяется как по периферии, так и в центре узла;
- 3) аваскулярный - кровоток в образовании отсутствует.

По степени васкуляризации узлы щитовидной железы часто подразделяют:

- 1) на гипervasкулярные - узлы с ограничительным ободком по периферии, внутреннее пространство которых пронизано множеством сосудов, - симптом «цветной короны»
- 2) средней степени васкулярные - узлы с 5-6 цветными пятнами на фоне ткани узла;
- 3) гиповаскулярные - узлы, в которых, лоцируется 2-3 цветовых пятна на фоне узла;
- 4) аваскулярные - узлы, которые не имеют в своей структуре цветовых пятен и ограничительного ободка.

Методика ЦДК имеет некоторые недостатки: искажение доплеровского спектра (aliasing – эффект), фоновый шум с беспорядочными частотным сдвигом, зависимость от угла падения ультразвукового луча.

Применение ЭК (ЭДК, Color Doppler Imaging, PDI, PD) позволяет получить угонезависимые изображения более мелких сосудов и более четкое изображение контура сосуда, что повышает диагностическую информативность ультразвукового метода. При использовании ЭК снижается зависимость изображения потока от направления угла между ультразвуковым лучом и кровотоком, отсутствует aliasing – эффект, осуществляется борьба с шумом, так как энергия шума имеет постоянно низкий характер, а кровоток - существенно более высокую энергию.

Поэтому ЭК чувствительнее методики ЦДК в 3-5 раз.

Для большинства злокачественных образований характерно наличие перинодальной гипervasкулярности и интранодулярной гиповаскулярности, сосуды характеризуются хаотичным дезорганизованным расположением.

Спектральная импульсная доплерография.

При СИД (Pulsed Wave Doppler, PW, HFPW) получаемое распределение доплеровского сдвига частот после компьютерной обработки отображается в виде доплеровской кривой, при анализе спектра которой возможны оценка скоростных и спектральных параметров кровотока и вычисления ряда индексов.

Отмечается, что наиболее информативными являются угонезависимые показатели - ИР и ПИ.

В злокачественных новообразованиях МСС ниже, чем в аденоме, и составляет в среднем $0,39 \pm 0,11$ м/с.

Широкий разброс показателей СИД, количественных характеристик кровотока в узлах щитовидной железы в режиме импульсной доплерографии не несет в себе большой диагностической информации, чаще не является определенным дифференциальным критерием злокачественности в узловом образовании щитовидной железы и может рассматриваться только как дополнительный признак.

Трехмерная реконструкция ультразвукового изображения.

Режим 3D при раке щитовидной железы позволяет не только оценить количество, структуру узловых образований в структуре железы, но и уточнить нечеткость, бугристость контуров, наличие кальцинатов, многоузловатость, обрыв капсулы и выход процесса за контуры щитовидной железы, сосудистого пучка, трахеи, анализировать характер роста и инвазивность опухоли, предполагать объем пораженной и сохраненной ткани щитовидной железы

Методика 3D – реконструкции в режиме 3D – PD в отличие от двумерного ЦДК, ЭК позволяет более точно оценить патологическую трансформацию сосудов, плотность их распределения, хаотичность хода. При анализе 3D – построения в режиме 3D – PD четко определяются характер перинодулярной, интранодулярной и перинодулярной васкуляризации, дезорганизованность сосудистого рисунка, интранодулярные и перинодулярные сосуды часто имеют шпороподобный ход, разрозненность пространственного расположения.

4D режим (Real Time 4D) - 3D- сканирования в реальном времени с использованием специальных ультразвуковых датчиков на аппаратах последнего поколения в формировании ультразвукового изображения при исследовании щитовидной железы. Использование 4D – технологии, когда постоянно повторяемое

3D – сканирование объекта происходит одновременно с 3D - визуализацией изображения в реальном режиме времени, значительно сокращает время исследования. 4D - режим с высокой скоростью получения объемной информации позволяет более точно определить структуру, пространственные особенности васкуляризации щитовидной железы с меньшей зависимостью от шумовых артефактов. Особенно при наличии узловых образований.

Преимущества применения методики 4D –УЗИ в диагностике рака щитовидной железы заключаются в более быстрой и четкой пространственной визуализации кровотока в узловом образовании при лучшей дифференцировке артефактов в реальном режиме времени, что дает возможность проведения детальной дифференциальной диагностики смешанных или неполных типов васкуляризации в узловом образовании щитовидной железы.

Соноэластография в диагностике рака щитовидной железы.

СЭГ – специальная методика визуализации тканей и органов, основанная на различии эластических свойств (упругости, жесткости и растяжимости) нормальных и патологических тканей, на визуальной оценке определения их деформации при дозированной компрессии, реализованная в современных ультразвуковых диагностических приборах.

Методики эластографии исследования условно разделяют на (Зубарев А.Р и др.):

- * эластографию, при которой в В-режиме прослеживается движение ткани при компрессии для получения оценки сдвига или смещения (деформации):

- * СЭГ, использующую ЦДК для создания изображения смещения ткани в ответ на вибрацию извне (вибро-эластография);

- * эластометрию, при которой отслеживается скорость распространения механических волн через ткань для оценки модуля эластичности.

В качестве количественных показателей характеристик СЭГ возможно использование коэффициента тканевого различия (Зубарев А.Р. и др., 2010), индекса TLR (tissue lesion ratio), характеризующего степень смещения нормальной ткани и патологического образования, модуля эластичности, фактора качества визуализации и др.

При использовании компрессии с помощью датчика все нижележащие ткани деформируются (strain- эффект). Патологические ткани имеют свои уникальные характеристики – злокачественные опухоли становятся более плотными, «жесткими» по структуре по сравнению с окружающими тканями.

Изображение в эластограмме является результатом анализа, обработки и «наложения» двух сонограмм: базового В- режима и «компрессионного» изображения, полученного после давления на ткань. В результате аппаратно-математического анализа эластичность тканей на экране отображается определенными цветами (цветовым картированием). Более плотные структуры тканей окрашивания, как правило, оттенками синего. Легкосжимаемые эластичные участки маркируются обычно красной цветовой шкалой.

При использовании СЭГ узловые образования, как правило, дифференцируют (Сенча А.Н. и др. 2009):

- * по наличию (факту проявления) цветового паттерна в структуре узла, его интенсивности;
- * по типу окрашивания (синее, смешанное, другое);
- * по характеру окрашивания (однородное, неоднородное);
- * по характеристике размеров (площади окрашивания) узла в сравнении с размерами очагового поражения в режимах серой шкалы;
- * по степени дифференцировки окрашивания с окружающими тканями.

При использовании СЭГ в 79,5% наблюдений при раке в узлах щитовидной железы при наличии цветового паттерна определяется интенсивное так называемое синее окрашивание (blu – color) узловых образований щитовидной железы.

В 6,8% наблюдений определяется смешанное (blu – green – red – color) окрашивание.

У 68,4% пациентов окрашивание узлов при СЭГ оценивалось как неравномерное.

Повышение информативности ультразвукового метода заключается:

- * в уточнении размеров образования (преимущественно за счет детализации границ инвазивного роста и выраженности перифокальной индурации). Очаги поражения могут быть обнаружены чаще и с большей степенью точности, чем в стандартном В – режиме, даже при небольших размерах образований.

- * в анализе однородности структуры образования (степени выраженности характеристик эластичности);

- * в уточнении соотношения образования с капсулой железы (детализация роста);

- * в определении или уточнении органной принадлежности образования, например при дифференцировке рака щитовидной железы с патологией околотщитовидных желез, увеличенных лимфатических узлов шеи.

Комплексный анализ результатов использования ультразвуковых технологий с применением СЭГ значительно повышает возможности УЗИ в диагностике новообразований щитовидной железы. СЭГ – реальная инновационная технология УЗИ в диагностике злокачественной патологии щитовидной железы, при динамическом наблюдении пациентов с различной патологией щитовидной железы, имеющая реальное, в том числе и скрининговое, применение и значительные перспективы практического использования.

Другие методики и технологии УЗИ.

Режим панорамного сканирования с использованием компьютерной обработки полученного ультразвукового изображения позволяет создавать зоны реконструкции протяженностью гораздо большей, чем при сканировании в В – режиме, с возможностью проведе-

ния необходимых измерений на реконструированном объекте.

Методика Multi – Slice View преобразует ультразвуковое изображение, полученное в 3D – режиме, в серию последовательных срезов размером 0,5 – 5 мм в любых проекциях (при КТ), позволяет анализировать изображение изучаемых структур щитовидной железы с большей степенью достоверности и точности.

Ультразвуковое исследование зон регионарного метастазирования при раке щитовидной железы.

Исследование лимфатических узлов шеи является обязательной частью УЗИ щитовидной железы.

Ультразвуковые признаки возможного метастазирования, позволяющие заподозрить наличие злокачественного процесса в лимфатические узлы шеи:

- увеличение размеров лимфатических узлов более 10 мм;
- овальная или неправильная;
- неровность границ, нечеткость контуров, гораздо реже встречаемые в норме;
- сниженная эхогенность лимфатических узлов;
- неоднородность эхоструктуры лимфатических узлов;
- патологические гиперэхогенные включения, не встречаемые в норме;
- анэхогенный компонент, не отмечаемый в норме;
- смещение и деформация изображения области ворот, нечеткость изображения области ворот лимфатических узлов вплоть до его полного исчезновения;
- образование конгломератов, малоподвижность их при компрессии датчиком;
- в режимах ЦДК, ЭК, 3D-PD васкуляризация лимфатических узлов может быть различной.

Вероятность злокачественного поражения возрастает при наличии двух или более указанных признаков.

Таким образом, современное УЗИ, введенное с использованием всего комплекса современных методик и технологий, анализ совокупности признаков позволяют достаточно полно определить состояние щитовидной железы, степень изменений ее структуры, характер распространенности поражения, оценить состояние окружающих органов и лимфатических коллекторов. Динамический ультразвуковой мониторинг дает возможность контролировать эффективность консервативных и адекватность хирургических методов лечения. Расширение возможностей ультразвуковой диагностики, поиск новых, совершенствование базовых технологий, оптимального их сочетания являются актуальной задачей современной медицины.

Литература:

1. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. - М. Видар, 2005. – С.35-40.
2. Абдулхалимова М.М. Диагностика узловых образований щитовидной железы с использованием современных методов исследования. Ультразвуковая диагностика. - 1999. №3. - С. 69-81.
3. Зубарев А.В., Гажонова В.Е. Эластография – новый метод поиска рака различных локализаций. Радиология - практика. - 2008. №6. - С. 6-18.
4. Зубарев А.Р., Федорова В.Н. Ультразвуковая эластография как новая ступень в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы: обзор литературы и предварительные клинические данные. Медицинская визуализация. - 2010. - С.11-16.
5. Котляров П.М., Харченко В.П. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы. М. Видар. - 2009. - С. 35-37
6. Сенча А.Н. Ультразвуковая визуализация злокачественных опухолей щитовидной железы. Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2008. №2. - С. 20-29.

УДК 616-082

ПОРТАЛ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ДОСТУПНОСТИ И ПРОЗРАЧНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПА СВОБОДНОГО ВЫБОРА: ТРУДНОСТИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Р. З. Енсебаев

*Восточно-Казахстанский областной филиал**РГП «Республиканский центр развития здравоохранения», г. Усть-Каменогорск***Резюме**

В статье «Портал как показатель доступности и прозрачности медицинской помощи населению на основе принципа свободного выбора: трудности и пути решения» освещена работа регионального бюро госпитализации в портальном решении. Бюро госпитализации реализует два принципа Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ): свободный выбор пациентом стационара и прозрачность процесса госпитализации.

Результаты работы регионального бюро госпитализации за 2010 год. Решение вопросов, возникающих в ходе работы с выводами.

Түйіндеме

«Портал еркін таңдау қағидасы негізінде тұрғындарға медициналық жәрдем көрсетудің қолжетімділік және айқындылық көрсеткіші ретінде: қиындықтар және шешу жолдары» мақаласында өңірлік емделуге жатқызу бюросының жұмысы порталды түрде шешімін тапқан. Емделуге жатқызу бюросы Денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесінің екі қағидасын жүзеге асырады: пациенттің стационарды еркін таңдауы және емделуге жатқызу кезеңінің айқындылығы.

Өңірлік емделуге жатқызу жұмысының 2010 жылға арналған жұмысы ұсынылған. Жұмыс жасау кезінде туындаған мәселелер шешіліп, қорытындысы жасалған.

Summary

In the article "portal as an indicator of accessibility and transparency of medical care based on the principle of free choice: Challenges and Solutions" illuminated by the Regional Office of hospitalization implements two principles of the Unified National Health System (UNHS) free choice of hospital patients and transparency in the process of hospitalization.

The results of the Regional Office for hospitalization for 2010. The solution of problems arising in the course of the findings.

В Послании 2010 года «Новое десятилетие – Новый экономический подъем – Новые возможности Казахстана» Глава государства определил конкретные задачи формирования финансовой основы здравоохранения и оплаты медицинских услуг, ориентированной на результаты.

Во исполнение поставленных задач с 1 января 2010 года было начато внедрение Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ). В рамках ЕНСЗ каждый гражданин Республики Казахстан может получить медицинскую помощь в плановом порядке на бесплатной основе в любом стационаре Республики по собственному желанию.

В начале 2010 года, когда этот механизм был только запущен, ни медицинские организации, ни сами пациенты к подобной системе не были готовы.

Амбулаторно-поликлинические учреждения, направляя пациента на стационарное лечение, должны были предоставить определенную информацию о пациенте в Бюро госпитализации: название и отделение учреждения, куда направляют больного, код пациента, с диагнозом по МКБ -10.

Поначалу передача этих данных проводилась вручную, посредством бесконечных телефонных звонков между Бюро госпитализации и медицинскими организациями, жалоб и упреков со стороны пациентов.

Республиканским Бюро госпитализации была налажена связь со всеми областными региональными Бюро по вопросам плановой госпитализации больных по свободному выбору стационара.

При медицинских организациях созданы кабинеты госпитализации, оснащенные компьютерами, телефонами с междугородней связью, с наличием электронных адресов.

Все данные по персонифицированному учету больных, направленных на плановую госпитализацию больных в стационары областного, межобластного уровней и республиканского значения с круглосуточным пребыванием до внедрения программного комплекса по Бюро госпитализации вводились вручную по установленной форме.

С 1 июля 2010 года на территории Республики Казахстан плановая госпитализация больных осуществляется через Портал Бюро госпитализации.

Бюро госпитализации реализует два принципа Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ): свободный выбор пациентом стационара и прозрачность процесса госпитализации.

Свободный выбор заключен в возможности пациента бесплатного планового лечения в медицинской организации любого уровня: районного, городского, областного, межобластного и республиканского.

Прозрачность процесса госпитализации достигается при помощи Портала Бюро госпитализации, который стал эффективным инструментом взаимодействия амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров.

Восточно-Казахстанским областным филиалом РГП «РИАЦ МЗРК» проведена работа для выполнения поставленных задач:

- обучены специалисты медицинских организаций (МО) по работе с Порталом Бюро госпитализации: проведены семинары, тренинги, консультации;
- обеспечен 100% выход МО городов и районов области для работы на Портале БГ, включая государственные, частные и межведомственные учреждения, с присвоением логинов и паролей;
- ежедневно проводится консультативная работа с МО;

- подготовлены инструктивные письма для МО по вопросам плановой госпитализации больных.

Информация о плановой госпитализации больных через Портал Бюро госпитализации по установленной форме отправляется всем заинтересованным организациям (РИАЦ, ТД КОМУ МЗРК по ВКО, УЗ ВКО, ДККМФД по ВКО и др.).

В процессе плановой госпитализации по области участвуют: 97 медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, 62 стационара, 3 НИИ. Всего коек, работающих на Портале БГ – 7641, госпитализация пациентов проводится по 62 профилям, из них 23 для детей.

Специалистами регионального Бюро госпитализации в крупных медицинских организациях проведено социологическое исследование (анкетирование) среди больных по вопросам плановой госпитализации больных через региональное Бюро госпитализации в феврале месяце. По результатам анкетирования: о работе Бюро госпитализации положительно отозвались 70% пациентов.

Главными внештатными специалистами областного управления здравоохранения совместно с региональным Бюро госпитализации по ВКО проводится организационно-консультативная работа с врачами медицинских организаций городов и районов области для исключения необоснованного направления больных на госпитализацию.

При формировании длительного Листа ожидания региональное Бюро госпитализации совместно с заведующими отделениями стационаров решают вопросы очередности по Листу ожидания.

Правом свободного выбора стационара за год воспользовались 66 пациента (50 – в г. Алматы, 9 – г. Астана, 4 – г. Караганда, 2 – г.Талдыкорган, 1– в г.Петропавловск). В нашей области пролечились 186 больных из других регионов.

В структуре госпитализированных плановых больных по данным Портала БГ преобладают следующие патологии: болезни системы кровообращения – (17,5%); осложнения беременности, родов и послеродового периода – (15,7%); болезни глаз и его придатков – (10,2%); новообразования – (9,6%).

По данным Портала БГ за период с 1 июля по 15 декабря 2010 года всего зарегистрировано 5515 случаев отказов в госпитализации, что составило 14,4% от общего количества заявок. Отказы определяют как стационары, так и медицинские организации ПМСП. Наиболее частой причиной отказов послужили следующие: не явка пациента на госпитализацию – (38,93%); письменный отказ пациента – (15,02%); не профильный больной – (9,17%).

По данному вопросу проводилась работа с каждой организацией. В основном при явке пациента на прием врач делает назначения, что через несколько дней (период догоспитального обследования) приводит к улучшению самочувствия и отказа от госпитализации.

В течение 2010 года Управлением здравоохранения области принято ряд мер по сокращению потребления стационарной помощи и развитию стационаро-замещающих технологий. Сокращено 168 коек круглосуточного пребывания и дополнительно открыто 80 коек с учетом востребованных профилей. Всего перепрофилировано 377 коек, в том числе, 248 койки на койки восстановительного лечения.

Коечный фонд стационаров дневного пребывания увеличен на 711 коек (с 957 коек до 1668 коек).

Выводы:

1. Портал Бюро госпитализации выполнил функцию по прозрачности плановой госпитализации пациентов, реализована задача по свободному выбору стационара для планового лечения в любом уголке страны.

2. Портал Бюро госпитализации обеспечивает регуляцию плановой госпитализации, дает возможность определить отсутствие контроля или незнания порядка регулирования потоков больных, направленных на плановую госпитализацию.

3. Наиболее частой причиной ошибок в Портале БГ является неверно введенный профиль коек, на втором месте ошибочно оформленная заявка с последующим изменением диагноза.

4. Наиболее вероятной причиной совершения ошибок, как и прежде, являются частые смены ответственных специалистов Портала в медицинских организациях, отсутствие взаимозаменяемости кадров.

УДК 614.2

ВНЕДРЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ЕНСЗ НА ПРИМЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИЛИАЛА ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Р. З. Енсебаев, Ж. К. Ахмадиева

Восточно-Казахстанский областной филиал

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения», г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье «Внедрение принципов ЕНСЗ на примере деятельности филиала Восточно-Казахстанской области» отражена работа первого года внедрения Единой национальной системы здравоохранения. В 2010 году в условиях ЕНСЗ работали 61 стационар с круглосуточным пребыванием. Увеличился за год коечный фонд стационаров дневного пребывания, одновременно сократились койки круглосуточного пребывания. Соответственно уменьшилось число пролеченных в круглосуточных стационарах и увеличилось число пролеченных в дневных стационарах.

Отмечены стороны реформы в рамках ЕНСЗ для населения, для медицинских организаций, для врачей и здравоохранения региона в целом.

Тұжырым

«Шығыс Қазақстан облысы филиалының қызметін мысалға алып, ДСБҰЖ қағидасын енгізу» мақаласында Денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесін енгізудің алғашқы жылының жұмысы ұсынылған. 2010 жылы

ДСБҰЖ жағдайында тәуліктік 61 стационар жұмыс істеді. Бір жылдың ішінде күндізгі стационарлардың төсек-орын қоры артты, сондай-ақ бір уақытта тәуліктік стационарлардың төсек-орын қоры қысқарды. Соған сәйкес тәуліктік стационарда емделушілер саны азайып, күндізгі стационардағы емделушілер саны артты.

ДСБҰЖ шеңберіндегі реформаның тұрғындар, медициналық ұйымдар мен дәрігерлер, жалпы денсаулық сақтау ісі үшін оңды жақтары көрсетілген.

Summary

In the article "The Introduction of the principles of UNHS system on the example of the activities of a branch of the East Kazakhstan region" reflected the work of the first year of implementation of the Unified national health system. In 2010 in conditions of the UNHS worked 61 hospitals with a 24-hour stay. For the year increased bed capacity hospital day care, at the same time decreased beds round-the-clock stay. Decrease in the number of treated in the round-the-clock hospitals and increased the number of treated in day hospitals.

Positive sides of the reform in the framework of the UNHS for the population, health care organizations, for the doctors and the health of the region as a whole.

Завершен первый год внедрения Единой Национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ).

Прошедший год работы медицинских организаций в рамках ЕНСЗ показал огромные возможности в решении ряда вопросов менеджмента, который в системе здравоохранения имеет свои особенности. Здесь, как нигде, наряду с качеством оказываемых услуг, главенствующую роль играет человеческий фактор, культура общения с пациентом. Информационно-аналитический блок ЕНСЗ уже сегодня позволяет определять оптимальные пути в использовании потенциальных возможностей каждой медицинской организации, для достижения экономического эффекта, а потоки граждан на плановую госпитализацию через Бюро госпитализации наметили конкурентоспособность отдельно взятой медицинской организации.

ЕНСЗ стала внедряться с 1 января, а программа была доработана, расширена и адаптирована под ЕНСЗ только в феврале, да и то не по всем параметрам. В течение года шла постоянная работа, за год было 100 обновлений, из них только по круглосуточному стационару 41 обновление. Все это приводило к изменениям при учете пролеченных случаев, как статистической отчетности, так и стоимости, что, в свою очередь, увеличивало нагрузки врачей и медицинских статистиков для поиска причин, составления дополнительных писем для выяснения вопросов, а сверхурочная работа не учитывалась.

Следует отметить и слабое компьютерное обеспечение медицинских организаций, особенно в сельских населенных пунктах.

В области в 2010 году вообще не было госпредприятий на праве хозяйственного ведения. В связи с чем, медорганизации не могли использовать предоставленные ЕНСЗ возможности направления средств, полученных за пролеченные случаи, на доплату медработникам.

В условиях ЕНСЗ работали 61 стационар с круглосуточным пребыванием. По уровням оказания медицинской помощи: областных стационаров – 8 (14,5%), городских – 31(50,8%), районных – 20, НИИ – 2.

Коечный фонд круглосуточных стационаров по Восточно-Казахстанской области на начало 2010 года составлял 7782 койки.

Регулярный мониторинг и совместная работа позволила управлению здравоохранения области принять меры по сокращению потребления стационарной помощи и развитию стационаро-замещающих технологий. Сокращено 168 коек круглосуточного пребывания и дополнительно открыто 80 коек с учетом востребованных профилей. На койки восстановительного лечения по области было перепрофилировано 248 койки. Увеличен коечный фонд стационаров дневного пребывания на 711 коек.

Из пролеченных больных 35% пролечены в плановом порядке, 65% - в экстренном порядке.

Удельный вес занятых коек снизился на 3% и составил 93,6% (в 2009 г. – 96,1%).

Следует отметить, что работа койки зависит от плана предельного объема пролеченных случаев, а также средней длительности пребывания больного на койке.

Анализ показателей использования коечного фонда за указанный период в рамках ЕНСЗ свидетельствует о необходимости принятия дополнительных мер по сокращению и рациональному перепрофилированию коечного фонда области, сдерживанию перевыполнения предельных объемов стационарной помощи, что и осуществляется по сей день.

В связи с расширением коечного фонда стационаров дневного пребывания, за 2010 год увеличилось количество пролеченных больных в дневных стационарах в сравнении с аналогичным периодом 2009 года в 2,1 раза.

Пролечено на 6,5% пациентов в круглосуточных стационарах меньше, чем в 2009 году, а в дневных стационарах больше на 201%. В целом пролечено больше на 21 555 пациентов.

По области в процессе плановой госпитализации в Портале БГ участвовали 158 медицинских организаций, из них 97 организаций ПМСП и 61 стационар, при этом районные больницы стали работать в портале бюро госпитализации только с сентября 2010 года. По работе портала проводилось обучение на всех уровнях. За год через Бюро госпитализации направлено на плановую госпитализацию в медицинские организации 79% от числа госпитализированных в плановом порядке. Портал Бюро госпитализации обеспечивает регуляцию плановой госпитализации, реализует права граждан на свободный выбор медицинской организации, доступность и прозрачность процесса госпитализации плановых больных и дает возможность определить отсутствие контроля или незнания порядка регулирования потоков больных, направленных на плановую госпитализацию.

При работе с порталом особо нужно отметить недостатки в работе ПМСП, там, где специалисты не до конца отработали с пациентом. По данному вопросу проводилась работа с каждой организацией индивидуально. Считаем, что такая работа должна продолжаться.

Выводы:

1. Работа портала БГ позволила своевременно реагировать на дефицит коек по профилям.

2. Наиболее частой причиной ошибок в Портале БГ является неверно введенный профиль коек, на втором месте наиболее часто оформленная заявка, т.е. грамотное участие в работе портала зачастую зависит от ответственности одного специалиста, что недопустимо.

3. Наиболее вероятной причиной совершения ошибок являются частые смены ответственных специалистов Портала в медицинских организациях, отсутствие взаимозаменяемости кадров.

Для решения всех вопросов, возникающих в ходе работы, регулярно представляются данные в управление здравоохранения области, в территориальные департаменты комитетов, что позволило своевременно выполнять задания, связанные с работой МО в рамках ЕНСЗ.

Работа врачей экспертов выявила ряд трудностей в обработке статистических карт, приходилось вручную ежедневно обрабатывать более 900 карт, при этом пропускались ошибки, особенно в разделе бездефектных. С целью облегчения работы была поставлена задача перед программистами разработки такой программы, которая позволяла бы выявлять ошибки на уровне первичной организации. И таким подспорьем явился модуль «Восток». Данная разработка предоставляет информацию для проверки логических и технических ошибок и позволяет выявить ошибки по 50 пунктам. В декабре месяце данный модуль дал большую возможность МО для корректного завершения года.

Эксперты, работая с модулем, могут сразу обратить внимание специалистов первичной организации на допущенные ошибки. В дальнейшем модуль будет дорабатываться, обновляться, учитывая изменения, происходящие в нормативной базе.

Положительные стороны реформы в рамках Единой национальной системы здравоохранения:

а) для населения:

- 1) появилась возможность свободного выбора стационара;
- 2) упорядочена процедура госпитализации в круглосуточный стационар;
- 3) сроки ожидания на госпитализацию в стационары уменьшились;
- 4) появилась реальная возможность доступа со стороны пациентов к информационным системам здравоохранения (Портал бюро госпитализации, сайты Министерства здравоохранения, областного управления здравоохранения; РГП «РИАЦ»)

б) для медицинских организаций:

- 1) появилась возможность планомерного распределения потоков пациентов;

2) произошло реальное разделение уровней госпитализации: круглосуточный стационар, дневной стационар, стационар на дому;

3) внедрены медико-экономические протоколы с определением стоимости пролеченных случаев и медицинских услуг;

4) получили некоторое развитие информационные технологии;

5) для амбулаторно-поликлинического звена восстановлен принцип справедливой очередности;

6) улучшилось качество ведения медицинской документации;

в) для врача-исполнителя:

1) для врача амбулаторно-поликлинического звена процедура госпитализации стала доступнее и прозрачнее;

2) появилась заинтересованность в конечном результате своей работы;

3) повысился уровень знаний медицинских работников (компьютерная грамотность, законодательной и нормативно-правовой базы, МКБ-10);

4) глубже стали изучаться медико-экономические протоколы, врачи стали вникать в определение стоимости медицинских услуг;

г) для здравоохранения региона:

1) объемы стационарной помощи уменьшились на 6,5%; по стационарозамещающей помощи увеличились в 2,1 раза;

2) Среднеобластной тариф по стационарной помощи увеличился на 31%; по стационарозамещающей помощи увеличился на 87% (по данным ТД КОМУ);

3) обозначились имеющиеся проблемы (организационные, кадровые, оснащения и т.д.);

4) появилась возможность контроля процесса лечения, диагностики и рационального использования средств;

5) развивается внутренний аудит;

6) получили развитие стационарозамещающие технологии;

7) обеспечена прозрачность процесса госпитализации;

8) повысилась эффективность использования коечного фонда;

9) развивается служба восстановительного лечения и реабилитации.

10) появился стимул для развития и внедрения ВСМП.

УДК 614.256

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧА ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

П. И. Какенова, Д. К. Шайпранова, С. Ж. Мантыкова, К. А. Темиргалиева

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей,

Павлодарская городская больница №1, ВА Каратомар

Ethics and legal aspects of the medical treatment

Law facilitates doctors work: protect doctor in such hard business as treatment. Today it is necessary to fill the blank in the preparation of medical staff in the akla of the legal knowledge

Дәрігердің құқықтық заңдылық бұзылыстар үшін жауапкершілігі

Заң дәрігер жұмысын жеңілдетеді, осы қиын істе оның еңбегін қорғайды. Қазіргі заңда мамаңдардың құқықтық білім саласында білімдерін толтыру қажет.

Врачебная профессия утверждает самое прекрасное на земле - жизнь. Врачи на основании современного уровня развития медицинской науки технологии, фармакологических средств стремятся восстановить здоровье человека. Больные помимо профессиональной грамотности ценят у врачей внимательность, сердечность, душевную чуткость, терпение, умение слушать. Любая болезнь - эмоциональный стресс, дезорганизующая личность. Человек начинает заниматься самолечением «модными» лекарственными препаратами, не обращаясь своевременно к врачам.

Сохранение здоровья народа, профилактика заболеваний, продление полноценной жизни - важная задача государства. Свидетельством тому является наличие в Конституции Республики Казахстан статей 15 «О праве на жизнь», 29 «Об охране здоровья».

В области здравоохранения, законодательство основывается на Конституции РК и состоит из Кодекса РК, других нормативно-правовых актов и правил международного договора. Основные принципы государственной политики в области здравоохранения: обеспечения гарантированного объема бесплатной помощи, повышения качества медицинской помощи, доступность, преемственность, безопасность, профилактическая направленность, ответственность каждого человека за свое здоровье (ст.90 и 92 Кодекса РК). В плане 2020г. задача снизить материнскую, младенческую и общую смертность на 30%. Увеличить продолжительность жизни до 72 лет. В послании Президента республики Казахстан 2010г. Н.А.Назарбаев пишет: «Человек - главное богатство страны». С января 2010г. идет реализация первого этапа Единой национальной системы здравоохранения. По которой медорганизации будут получать деньги в зависимости от результатов, от качества оказываемой медицинской помощи. Главная задача - это защита прав пациента, за которого должны конкурировать лечебные учреждения. За год внедрения надо отметить серьезные недоработки. Плановые больные порой тяжелые, десятки дней не могут попасть в стационар, там как они необоснованно длительно обследуются в условиях поликлиники за этот период могут возникнуть различные осложнения. В отдельных случаях вынуждены пользоваться услугами скорой помощи, которая и так перегружена оказанием помощи экстренным и срочным больным. Ранее врачи были «писарями», теперь стали и «менеджментами». Целый день считают количество использованных каждым больным медикаментов (таблетки, ампулы, капсулы, флаконы), шприцов, бинтов и заполняют статистические карты выписанных на 3-4 страницах. В день приходится подсчитывать и заполнять 1-2 выписки (возможно и более). Очень много времени идет на поиск кодов, на каждый препарат, согласно МКБ-Х пересмотра. Спрашивается когда и как лечить больного? Конечно, это не дело лечебника, у которого порой нет времени поднять голову и взглянуть на входящего больного, не хватает времени для человеческого общения с ним. Поэтому необходимо подумать и решить данный вопрос для улучшения качества медицинской помощи.

Вред здоровью пациентов может быть нанесен не только в силу ненадлежащего исполнения медиками своих обязанностей, но и в результате объективных причин. Врач должен иметь четко очерченный минимум профессиональных требований, как, например, инженер имеет правила техники безопасности, шофер - правило уличного движения, юрист - уголовный кодекс. Разработки таких правил для врачевания значительно трудны, так как медицинская наука очень сложна, зача-

стую условна. Тем не менее, в сентябре 2009г. введен в действие Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Врач не только спасает жизнь, но в определенных случаях может быть виновником смерти больного. Поэтому имеются определенные ограничения, в виде морально-этических запретов и нормативно-правовых актов. Морально-этическими факторами являются клятва Гиппократова, присяга врача Республики Казахстан, Кодекс чести медицинских и фармацевтических работников. Кодекс чести определяет моральную ответственность медицинских работников за свою деятельность. До сих пор остаются в силе нравственные заповеди древнегреческого врача Гиппократова, изложенные в его знаменитой «Клятве». В последующие года врачи развили его идеи. В нашей Республике выпускники ВУЗов дают «Присягу врача РК».

Врачебная ошибка - это ошибка, обусловленная неосознанным действием, добросовестным заблуждением врача, поэтому ее нельзя относить к преступным деяниям. К медицинским правонарушениям относятся: профессиональное невежество врача (крайне низкая подготовка), невыполнение или ненадлежащее выполнение своих прямых обязанностей, небрежность, недобросовестность, халатность, преступная смелость, самонадеянность (ст. 114 УК РК). Ошибки в медицинской практике, несчастные случаи необходимо отличать от медицинских правонарушений. Правонарушением можно считать неправильное введение лекарственных препаратов, приведших к трагическим последствиям, когда возникновению их способствовали торопливость, небрежность. Под несчастным случаем принято считать неблагоприятный исход (смерть) вследствие индивидуальной непереносимости лекарственного препарата, который врач не мог предвидеть и предотвратить. Пациент или его представитель имеет право отказаться от медицинской помощи. Отказ с указанием возможных последствий фиксируется в медицинских документах, подписывается больным или его законным представителем и врачом. В случае отказа от подписания больным и его представителем, производится соответствующая запись в меддокументе и подписывается медицинским работником (ст.93 Кодекса РК).

Умение достичь контакта с больным является мудростью врачевания. При общении с больным важно проявить внимание, убедить в возможности выздоровления. Сложнее доказать и вести диалог с родственниками.

Зачастую совершенно необоснованными жалобами, клеветой оскорбляют врачей, медицинских работников. Так, спрашивается, кто учитывает психологию, авторитет, в конце концов, здоровье врача? Где законы, защищающие права медицинских работников? Для того, чтобы врачевать человек учится 7 лет и далее всю свою жизнь, а люди страдающие «комплексом просвещенного в медицине», с легкостью пишут жалобы, не щадя психику врача, не зная специфику его работы. Речь идет о преступлении против чести и достоинства личности. Для решения таких конфликтов желательнее более широкое применение средств правосудия, ответственность за совершение этих преступлений предусмотрена ст. 129, 130 УК РК.

По законам РК (ст. 118 УК РК) за не оказание медицинской помощи больному врачом без уважительных причин рассматривается как преступление. Лица, допустившие принудительное изъятие органов или тканей человека для трансплантации, подлежат

уголовной ответственности по ст. 113. Уголовная ответственность предусмотрена за незаконное производство аборта (ст. 117), за заражение венерической болезнью (ст. 115 УК), вирусом иммунодефицита человека (ст. 116 УК РК).

Юридическая ответственность врача за правонарушение предусмотрена Уголовным и Гражданским кодексами Республики Казахстан. За преступления медработник несет уголовную ответственность. Гражданские правонарушения влекут за собой причинение имущественного и морального вреда. Для того, чтобы говорить о наличии в действиях медицинского состава преступления необходимо установить прямую причинно-следственную связь между действием (бездействием) и реальным наступлением преступного результата.

Для хирургов руководством к действию в виду своей простоты, конкретности, является классификация Н.И. Краковского, Ю.Я. Грицмана. Авторы дифференцируют ошибки по этапам оказываемой помощи:

- Диагностические ошибки;
- Лечебно-тактические ошибки;
- Лечебно-технические ошибки;
- Организационные ошибки;
- Ошибки в ведении медицинской документации;
- Ошибки поведения медицинского персонала.

Анализируя ошибки, выявили, что нередко причиной их является низкая квалификация (невежество) хирурга, игнорирование общеизвестных канонов диагностики, тактики лечения заболеваний. Долг медицинских работников - неустанно повышать свою квалификацию, обогащать опыт, совершенствовать свое мастерство. В нашей стране статистика осложнений отсутствует. В

США по данным частного Центра здоровья нации ятрогенная частое явление.

В годы экономического кризиса, в связи с ухудшением жизненного уровня населения, бесконечного безрезультативного реформирования здравоохранения произошел рост жалоб, судебных исков на ненадлежащее, некачественное оказание медицинской помощи и возмещения ущерба. В конце XX века в экономически развитых странах возникло новое направление «управление риском» или «риск-менеджмент». Цель менеджмента - это уменьшить или компенсировать нанесенный вред пациенту.

Таким образом, к преступным действиям медработника ведет профессиональная неграмотность, несоответствие медпомощи достижениям медицинской науки, невнимательное, халатное отношение к работе, неисполнение и отказ в оказании необходимой медицинской помощи больному. У большинства медицинских работников уровень медико-правовых знаний крайне низок. Закон лишь облегчает работу врачей и защищает его благородный труд. Поэтому требуется незамедлительное восполнение пробелов в области правовых знаний.

Литература:

1. Новое десятилетие - новые возможности Казахстана, Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана, 2010г.
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Астана -2009. – 218с.
3. Рогова И.И., Рахметова СМ. Уголовное право Республики Казахстан. Алматы, 2003. – 300с.

УДК 614.2

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2005-2010 ГОДЫ ПО ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Р. З. Енсебаев, Ж. К. Ахмадиева

Восточно-Казахстанский филиал

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения», г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье отражены задачи и результаты достижения Региональной программы реформирования и развития здравоохранения Восточно-Казахстанской области за 2005-2010 годы.

В области происходило оснащение медицинских организаций, совершенствовались управление здравоохранением, проводились профилактические медицинские осмотры, внедрялись новые технологии, повышалось качество оказания медицинской помощи. В области развиваются информационные технологии.

Тұжырым

Мақалада Шығыс Қазақстан облысының Денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған өңірлік бағдарламасының міндеттері және жеткен жетістіктерінің нәтижесі көрсетілген.

Облыста медициналық ұйымдар жарақтандырылды, денсаулық сақтауды басқару жетілдірілді, алдын ала медициналық тексерулер жүргізілді, жаңа технологиялар енгізілді, медициналық жәрдем көрсетудің сапасы жақсарды. Облыста ақпараттық технология дамып келеді.

Summary

The article reflects the objectives and the results of the Regional program of healthcare reforming and development of East-Kazakhstan area for 2005-2010.

In the field of happened equipment of medical organizations, improved the quality of health management, held prophylactic medical examinations, introduction of new technology, improve the quality of health care services. In the area evolving information technology.

Знаменательным событием в области здравоохранения является принятие Государственной программы реформирования и развития здравоохранения с системным преобразованием в сферах кадрового и материально-технического обеспечения и управления отрасли. С целью реализации Государственной программы в Восточно-Казахстанской области решением областного маслихата от 22 декабря 2004 года № 9/110-111 утверждена «Региональная программа реформирования и развития здравоохранения Восточно-Казахстанской области на 2005-2007 годы» (далее Программа) и в последующем на 2008-2010 годы.

Основной целью программы является материально-техническое обеспечение организаций здравоохранения области, совершенствование управлением отрасли, повышение доступности и улучшение качества предоставляемых медицинских услуг, формирование здорового образа жизни населения. Особое внимание уделено укреплению здоровья матери и ребенка, улучшению кадрового обеспечения, работе с населением по вопросам солидарной ответственности за охрану здоровья, снижению социально-значимых заболеваний, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, переносу акцента со стационарной на первичную медико-санитарную помощь.

За период работы Программы целенаправленные инвестиции в отрасль позволили обеспечить строительство и развить инфраструктуру медицинских организаций, закупить современное оборудование, улучшить лекарственное обеспечение населения.

Улучшение качества медицинских услуг предполагает улучшение состояния объектов здравоохранения. Завершено строительство ряда объектов здравоохранения, отремонтировано 363 объекта.

На 01.01. 2011 года сеть лечебно – профилактических организаций области представлена 93 больничными, 257 амбулаторно-поликлиническими организациями. Доврачебную помощь оказывают 58 фельдшерско-акушерских пунктов, 352 медицинских пунктов и 83 медицинских работников без содержания помещений.

Совершенствование управления здравоохранением сопровождается развитием единой информационной системы. В области внедрены и работают 19 программ республиканского значения, которые обеспечивают единую систему сбора, хранения и анализа информации, персонифицированных медицинских данных на каждого человека.

С 2010 года внедрена Единая национальная система здравоохранения. По области проводилась аккредитация медицинских организаций, как один из элементов повышения качества медицинских услуг.

Охрана здоровья граждан и снижение заболеваемости предполагает собой улучшение диагностики заболеваний и развитие высокоспециализированной помощи. В программе было предусмотрено проведение профилактических медицинских осмотров с последующим динамическим наблюдением и оздоровле-

нием осмотренного контингента. В период с 2005 года по 2010 год осмотрено 1 205 796 женщин на выявление онкопатологии. Осмотрено 459 520 мужчин и женщин на выявление болезней системы кровообращения, 1 678 746 детей в возрасте от 0 до 18 лет. Выявленным больным проводилось оздоровление.

В области проводятся сложные операции при аномалиях развития, пластические операции, оперативное лечение опухолей головного мозга, в областной больнице выполняются операции при врожденных пороках сердца, нарушениях ритма сердца. В области, как и в целом по Республике, актуальными остаются заболеваемость населения наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями:

- заболеваемость сахарным диабетом, зарегистрированная впервые в жизни не имеет тенденции к снижению, за 6 лет возросла на 32,1% – с 141,5 (2005 год) до 187 в 2010 году на 100 тысяч населения;

- болезнями системы кровообращения выросла с 1772,4 (2005год) до 2342,8 за 2010 год, в том числе заболеваемость артериальной гипертензией выросла в 2,1 раза – с 442,3 в 2005 году до 914,1 на 100 тысяч населения за 2010 год.

За период работы Программы (с 2005-2010 годы) смертность от болезней системы кровообращения, снизилась на 28,4% с 737,1 до 527,6 на 100 тысяч населения в 2010 году.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями за 6 лет снизилась на 3,1% – с 275,9 (2005г.) до 268,2 в 2010 году. Смертность от злокачественных новообразований снизилась с 176,3 (2005г.) до 158,8 на 100 тысяч населения.

Вырос удельный вес больных с злокачественными новообразованиями, живущих 5 и более лет с 44,0 до 50,2 на 100 тысяч населения, что лучше показателя меморандума (47,2%).

Положительная динамика основных демографических показателей сопровождается увеличением рождаемости на 21,1 % – с 13,67 за 2005 год до 16,56 на 1000 населения в 2010 году; снижением смертности на 8% – с 13,26 до 12,19 на 1000 населения. Данная тенденция привела к увеличению более чем в 10,7 раз показателя естественного прироста населения с «+0,41» до «+4,38» (РК -13,48 за 2009).

Достигнутые результаты от реализации программы (выводы):

- В 2,5 раза увеличился объем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.
- Выросли показатели рождаемости на 21,1%.
- Снизилась смертность на 8%. Смертность от БСК снизилась на 28,4%.
- Снизилась заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований, туберкулеза, травматизма.
- Материнская смертность снизилась в 1,5 раза.
- Улучшилась материально-техническая база.
- Улучшилось качество лечения.
- Внедрены новые технологии.

УДК 614.876+616-036.22-071

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ МАРКЕРОВ РАДИАЦИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В ГРУППАХ РАДИАЦИОННОГО РИСКА, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ЭКСПОНИРОВАННЫМ РАДИАЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЕМ ВКО И ИХ ПОТОМКАМИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НИИ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ)

К. Н. Апсаликов, Б. И. Гусев, Т. Ж. Мулдағалиев, Л. Б. Кенжина, Т. И. Белихина

НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей, Казахстан

Резюме

Представлены основные закономерности и особенности формирования маркеров радиационного повреждения среди экспонированного радиацией населения ВКО и их потомков. Объективизированы патогенетические механизмы формирования радиогенной нестабильности генома в группах потомков, рожденных от облученных родителей.

Тұжырым

ШҚО радиациямен экспондалған тұрғындары мен олардың ұрпақтары ретінде берілген Радиациялық қауіпті топтардың радиациялық зақымдануының маркерлерін объективизациялау (радиациялық медицина және экология ҒЗИ клиникалық-эпидемиологиялық, зертханалық және құралдық зерттеу нәтижелері бойынша)

ШҚО радиациямен экспондалған тұрғындары мен олардың ұрпақтарынан құралғандар арасында радиациямен зақымдану маркерлерінің негізгі заңдылықтары мен қалыптасу ерекшеліктері ұсынылған. Сәулеленген ата-анадан туылған ұрпақтар топтары арасында геномның қалыптасуының патогенетикалық механизмдері объективизацияланды.

Summary

Objective markers of radiation damage in groups of radiation risks before the population of radiation exhibited VKO and their offspring (based on clinical and epidemiological, laboratory and instrumental studies institute of radiation medicine and ecology)

The basic regularities and features of formation of markers of radiation damage to by radiation-exposed population of VKO and their descendants. Objectified pathogenetic mechanisms of genomic instability in radiogenic groups offspring born to exposed parents.

Введение.

Указом Президента Казахстана Нурсултана Абишевича Назарбаева № 409 от 29 августа 1991 года СИЯП был закрыт Семипалатинский испытательный ядерный полигон.

Для решения проблемы ликвидации деятельности Семипалатинского полигона были приняты такие судьбоносные решения, как закрытие СЯП и прекращение испытаний ядерного оружия, принятие Закона РК от 18.12.1992 г. № 1787-ХП, «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне», Постановление Правительства РК № 336 от 17.03.1997 г. «О программе медицинской реабилитации населения, пострадавшего вследствие ядерных испытаний на бывшем Семипалатинском ядерном полигоне в 1949-1990 гг.», Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 сентября 2005 года № 927 «Об утверждении Программы по комплексному решению проблем бывшего Семипалатинского испытательного ядерного полигона на 2005-2007 годы» определены основные объемы и характер медицинской помощи пострадавшему населению.

Все принятые решения, в какой-то мере выполняются, однако появились новые проблемы, связанные с изменившейся динамикой демографической ситуации на территориях, прилегающих к СЯП, в результате которых при естественном сокращении численности подвергавшихся прямому облучению более чем в 3 раза возросла численность групп радиационного риска, представленных потомками во втором и третьем поколениях [1-3].

По разработанным в НИИРМЭ алгоритмам движения населения, контролируемых районов ВКО, было установлено, что предположительно группы радиацион-

ного риска из числа населения 2 городов и 10 районов, где в прошлые годы выпадали радиоактивные осадки, составляют 356 000 человек, из них – лица, подвергавшиеся прямому облучению – 30,1%, их потомки во втором и третьем поколениях – 69,9% человек [4,5]. Естественно, сложившаяся ситуация, требует постоянного контроля и решений экономического, медицинского и социального характера.

В этих условиях МЗ РК утвердило, соответствующие научно-технические программы по проблемам территорий и населения Казахстана, прилегающих к СИЯП, во главу угла поставив задачи по изучению и комплексной оценке состояния здоровья потомков лиц, подвергавшихся прямому облучению. Выполнение данных задач с научной точки зрения, направлены на изучение причинно-следственных механизмов опосредованного радиационного воздействия на формирование патогенетических механизмов, реализация которых, приводит к увеличению уровней заболеваний [6-8].

В кругу этой проблемы особое место занимают цитогенетические исследования, направленные на поиск патогенных субстратов в хромосомном аппарате клеток, являющихся причиной состояний, определяемых как – нестабильность генома [9]. Результаты этих исследований помогут прояснить картину, с возможным наследованием детерминированных эффектов ионизирующего излучения среди лиц, подвергавшихся прямому радиационному воздействию их потомками [10]. Немаловажную роль в эпидемиологической и клинической объективизации эффектов опосредованного радиационного воздействия на организм детей, рожденных от облученных родителей должны сыграть исследования, направленные на поиск и индикацию биологических маркеров этих повреждений [11]. В результате будут

разработаны алгоритмы диагностики, лечения, индуцированных радиацией заболеваний и реабилитации декретированного населения Казахстана.

Результаты и обсуждение.

В современной радиобиологии и радиационной медицине довольно широко дискутируется вопрос о возможном наследовании детерминированных эффектов ионизирующего излучения среди потомков лиц, рожденных от облученных родителей. Сторонники наследования детерминированных эффектов признают роль дозовых зависимостей в этом процессе и считают, что это возможно только при эффективной эквивалентной дозе облучения родителей, превышающей 250 мЗв. Основным аргументом в пользу этих утверждений приводятся данные по существенному повышению уровня хромосомных aberrаций хроматидного и хромосомного типа у лиц, подвергавшихся облучению и их потомков в этом диапазоне доз, что в свою очередь способствует развитию нестабильности генома, повышению радиочувствительности и ускорению накоплений транслокаций с возрастом.

В НИИ радиационной медицины и экологии при выполнении научно-технических программ, утвержденных МЗ РК, за период с 2006 по 2010 гг. накоплены данные по изучению и оценке детерминированных эффектов ионизирующего излучения среди лиц, подвергавшихся прямому облучению в дозе 250 мЗв и более.

При когортных исследованиях установлены радиогенные риски:

- солидным опухолям – 2,42;
- раку пищеварительных органов и брюшины – 2,5,

в том числе:

- раку пищевода – 3,29;
- раку желудка – 2,28;
- раку печени – 1,77;
- раку органов дыхания и грудной полости – 2,94; в

том числе:

- раку легких и бронхов – 2,77;
- раку молочной железы – 2,13.

При дескриптивных эпидемиологических исследованиях для лиц, подвергавшихся прямому облучению (I поколение) установлены радиогенные риски по онкологическим заболеваниям:

- рак пищевода – 1,92;
- рак желудка – 2,07;
- рак кишечника – 1,68;
- рак печени – 1,63;
- рак легких – 2,27;
- рак молочной железы – 1,9.

Радиогенные риски по общесоматическим заболеваниям:

- болезни системы кровообращения – 1,82, в том числе:

- артериальная гипертония – 1,95;
- ишемическая болезнь сердца – 1,83.

Для потомков во II и III поколения радиогенные риски по онкологическим заболеваниям:

- лейкозы (за исключением хронического лимфоидного лейкоза) – 2,05;
- злокачественные новообразования глаза, головного мозга и других отделов ЦНС – 2,11;
- злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной тканей – 1,95;
- злокачественные новообразования мезотелиальных и мягких тканей – 1,85;
- рак легкого – 2,15;
- рак молочной железы – 1,86.

Радиогенные риски по общесоматическим заболеваниям:

- артериальная гипертония – 1,9;
- ишемическая болезнь сердца – 1,81.

Радиогенные риски по врожденным порокам развития:

- пороки развития нервной системы – 2,27;
- пороки развития лицевого черепа – 1,87;
- пороки сердца – 1,53;
- пороки развития костно-мышечной системы – 1,55;
- умственная отсталость (легкой и умеренной степени) – 1,82.

Представленные данные содержат значительные неопределенности в основном, связанные с верификацией диапазонов доз облучения, регистрацией закономерностей «доза-эффект» и других, не уточненных факторов риска, в том числе возможного наследования детерминированных эффектов ионизирующего излучения родителями их детьми.

В этой связи по трем дозовым группам потомков с ЭЭД родителей 50-149 мЗв; 150-249 мЗв; 250-499 мЗв установлено:

- у потомков основной группы выявлен высокий вклад доминантной компоненты (h^2) генетической изменчивости, что является причиной накопления цитогенетических изменений, определяющих состояние нестабильности генома, сопровождающееся увеличением уровня злокачественных новообразований, инфекционных и паразитарных болезней, с болезнью системы кровообращения, эндокринной и мочеполовой систем.

- установлена четкая дозовая закономерность облучения родителей с достоверным по сравнению с контрольной группой повышением процентного содержания хромосомных aberrаций, сопровождающихся нарушениями хромосомного и хроматидного типов среди потомков во втором и третьем поколениях при достижении 150 и более мЗв.

Таким образом, основными критериями подтверждения наследования онкологических и общесоматических эффектов ионизирующего излучения потомками лиц, подвергавшихся прямому облучению могут быть:

- объективное подтверждение развития нестабильности генома;
- установление достоверной корреляционной зависимости «родитель-ребенок» наследуемости патологических состояний в отдельных системах организма.

Литература:

1 Отчет НИИ радиационной медицины и экологии «Разработка научно-обоснованных программ по совершенствованию Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения Казахстана, подвергшегося воздействию ионизирующего излучения, и медико-социальному мониторингу на этапе отдаленных последствий» (заключительный) – 2009. – 75с.

2 Apsalikov K., Chaizhunusova N., Galich B., Bilyalova G., Azhmuratova G., Buleuhanova R. The Clinical-epidemiological markers of radiation effects of premature aging // 15th Hiroshima International Symposium, Japan, 2010. - P.10-11.

3 Молдагалиева Ж.Т. Популяционные эффекты и коррекция нарушений гомеостатического баланса и антиоксидантной защиты у населения, проживающего на территориях, прилегающих к СИЯП. автореф дисс. ... докт. мед. наук. 03.00.01. – радиобиология - Астана, 2010. - 34 с.

4 Кулабухова Н.С. Клинико-эпидемиологические особенности развития гомеостатических нарушений среди населения Казахстана при радиационном воздействии, и их коррекция: автореф дисс. ... канд. мед. наук., 14.00.07- гигиена - Алматы, 2008. - 18с.

5 Галич Б.В. Медико-социальные основы мониторинга радиационных эффектов преждевременного старения: автореф дисс. ... докт. мед. наук. 14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение - Семей, 2010. – 35с.

6 Апсаликов К.Н. Радиационно-гигиенические и медико-демографические параллели формирования здоровья населения Семипалатинской области, подвергавшегося облучению при испытаниях ядерного оружия.: дисс...докт. мед.наук. 14.00.07- гигиена, Алматы, 1998. – 356с.

7 Chaizhunusova N., Madieva M., Galich B., Cykunov K., Apsalikov K., Adykanova A. Radiation Effects and Chromosome Aberrations //Journal of Radiation Research. – 2006. – P. 6-9.

8 Воробцова И.Е., Семенов А.В. Комплексная цитогенетическая характеристика лиц пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС. //Радиационная биология. Радиозология., 2006. Том 46, №2. - С. 140-152.

9 Адылканова А.М. Радиационно-гигиенические и генетические проблемы формирования здоровья подростков Восточно-Казахстанской области.: авт. дисс...канд.мед.наук, 14.00.07 – гигиена, - Алматы, 2010. - 21.

10. Кошурникова Н.А., Гильберт Э., Сокольников М.Э. Канцерогенный риск при внутреннем облучении от инкорпорированного плутония (основные итоги эпидемиологического исследования среди персонала ПО «Маяк» // Мед. радиол. и радиац. безопасность. – 2001. – Т. 46, № 4. – С. 30-36.

11. Pivina L.M., Gusev B.I., Bauer S., Winkelmann R.A., Apsalikov K. Development of a cause-of-death registry among the population of several rayons in the East-Kazakhstan oblast exposed to radiation due to nuclear weapons testing at the Semipalatinsk test site / Final Report of Project "Health effects of nuclear weapons testing on Semipalatinsk Test Site, Kazakhstan, on the population in Semipalatinsk oblast (Semipalatinsk Follow-up)".-2002.

УДК 616-003.96+612.018+614.876

УРОВНИ АДАПТАЦИОННЫХ ГОРМОНОВ И ИХ СОПРЯЖЕННОСТЬ С ФАЗАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЛИЦ, РОЖДЕННЫХ ОТ ОБЛУЧЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ

Р. Т. Булеуханова, Т. И. Белихина, Л. Б. Кенжина, А. М. Адылканова, Ж. Т. Байбусинова

НИИ радиационной медицины и экологии МЗ РК

Резюме

Проведен анализ уровней адаптационных гормонов в группах лиц, рожденных от облученных родителей. Установлено достоверное снижение средних показателей инсулина и АКТГ во всех фазах неспецифических адаптационных реакций (НАРО), а так же повышение уровней кортизола в основных группах исследований по сравнению с контрольной.

Тұжырым

Сауленген ата-анадан туылған тұлғалардың бейімделу гормондарының деңгейі және олардың азғаның спецификалық емес бейімделу реакция фазаларымен дәлме-дәл сәйкес келуі

Сауленген ата-анадан туылған тұлғалар тобы арасында бейімделу гормондарының деңгейіне анализ жасалды. Бейімделудің барлық спецификалық емес фазаларында инсулин мен АКТГ-ың орташа көрсеткіштерінің нақты төмендегені, сондай-ақ, бақылаудағы топпен салыстырғанда зерттелуші негізгі топтың кортизол деңгейінің жоғарылағаны анықталды.

Summary

Blood hormone level levels of adaptation and link them with the phases nonspecific adaptive reactions to persons born to exposed parents

The analysis of the levels of hormones in the adaptation groups of persons born to exposed parents. Established significant decrease in the average of insulin and ACTH in all phases of nonspecific adaptive reactions (NARO), as well as increased levels of cortisol in major research the groups compared with controls.

Введение.

Опыт многолетнего наблюдения за состоянием здоровья лиц, подвергшихся действию ионизирующего излучения свидетельствует об увеличении у них числа хронических заболеваний, тенденции к снижению продолжительности жизни в связи с возрастанием темпов старения организма, что проявляется в раннем развитии атеросклероза, ослаблении иммунитета, активации неопластических процессов. Обращает на себя внимание полисистемность такого ряда расстройств [1,2]

Одним из ведущих патогенетических механизмов относительно слабого радиационного воздействия на человека (0,2-0,3 Зв) является наличие хронического

метаболического стресса [3]. Предполагается, что в основе этих механизмов лежат процессы разбалансирования деятельности различных функциональных систем организма. В итоге развиваются множественные нейродистрофические изменения органов и систем, формируя пострadiационный синдром, ухудшая состояние здоровья в целом.

Итоговые системы - мишени радиации определяют достаточно четко. Это иммунная, кроветворная, центральная нервная, сердечно-сосудистая, пищеварительная и костно-мышечная системы. В связи с этим одной из особенностей пострadiационного синдрома

является снижение регуляторных и адаптивных возможностей организма и мультиморбидность патологии.

Воздействие ионизирующей радиации является причиной появления не только патологических сдвигов в организме облучавшихся контингентов, но и является сильнейшим стрессогенным фактором. По своей биологической природе стресс имеет адаптационную направленность и активирует защитные механизмы для предотвращения патогенного действия неблагоприятных факторов среды, при этом основная нагрузка падает на гормональные механизмы, в первую очередь гипоталамо-надпочечниковую систему [4].

При экспериментальных исследованиях открыто явление, суть которого в том, что биологические организмы могут находиться лишь в определенных физиологических состояниях, характеризующихся уникальным профилем биохимических показателей, уровня гормонов, показателями формулы крови. Эти состояния были названы адаптационными реакциями. Индивидуальные показатели распределения нижних, средних и верхних границ нормы периферической крови, уровней гормонов, системы ПОЛ/АОЗ, вегетативного статуса, энергетического статуса лимфоцитов, иммунного статуса позволяют объективизировать принадлежность к той или иной адаптационной реакции в группах исследований [5,6].

Материалы и методы.

Для оценки уровней адаптационных гормонов нами сформированы 3 группы исследования с общей численностью 150 человек. Контрольная группа – 50 человек, средний возраст 32,7 лет; основная группа, потомки лиц во втором и третьем поколении, подвергавшихся прямому облучению в ЭД 410 мЗв – 50 человек, средний возраст которых составил 33,8 лет; группа сравнения, представленная потомками лиц, подвергавшихся облучению в ЭД - 250 мЗв, в количестве 50 человек, средний возраст – 33,2 лет.

Методы исследования.

Количественное определение концентрации **кортизола** в сыворотке крови человека определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью набора реагентов «СтероидИФА-кортизол-01». Нормальные значения кортизола в сыворотке крови – 150-660 нмоль/л.

Определение **адренокортикотропного гормона** в человеческой плазме проводилось с помощью набора реагентов «Biomerica ACTH ELISA» методом иммуноисследования. Указанный набор реагентов – это двусторонний энзим-связанный иммуносорбентный тест для измерения биологически активных 39 аминокислотных цепей адренокортикотропного гормона. Нормальные значения гормона – 11,09-13,93 пг/мл

Количественное определение уровня **инсулина** в сыворотке крови исследуемых лиц определяли с помощью набора реагентов «Monobind Insulin Microplate Elisa» иммуноферментным методом. При интерпретации результатов использовали следующие значения: для детей младше 12 лет нормальные значения составляют менее 10 μ U/ml; для взрослых – 9,0-23,0 μ U/ml.

Результаты и обсуждение.

Уровень адаптационных гормонов (инсулин, кортизол, АКТГ) изучался в комплексе с параллельной объективизацией представительств фаз НАРО. При этом выбор комплекса, изучаемых гормонов определялся их участием в процессах пролиферации и трансформации. Принималось во внимание, что уровень кортизола тесно коррелирует с совокупностью признаков, характерных для стресс-синдрома, а так же тем, что адаптационные гормоны являются метаболическими антагонистами, а их соотношение при развитии хронического стресса, во многом определяют его исход и одновременно контролируют состояние адаптационных возможностей организма. Индивидуальное значение гормонов в высшей степени переменны и имеют обратную связь (АКТГ с кортизолом). Эти особенности учитывались нами как при определении и сравнении средних показателей в исследуемых группах, так и при выборе верхних, средних и нижних границ физиологической нормы.

В соответствии с таблицей 1 в основной группе и группе сравнения установлены достоверные различия по средним показателям изучаемых гормонов по сравнению с таковыми в контроле. Уровень инсулина и кортизола в контрольной группе достоверно превышал показатели основной группы и группы сравнения, а уровень АКТГ был существенно ниже. Причем эти особенности регистрировались во всех фазах НАРО.

Таблица 1 – Распределение уровней инсулина, кортизола, АКТГ сопряженных с различными фазами неспецифических адаптационных реакций организма у лиц исследуемых групп.

Фазы неспецифических адаптационных реакций организма	Группы исследования								
	Контрольная группа n = 878			Основная группа n = 969			Группа сравнения n = 920		
	Уровень инсулина (2,1-30,8 mlv/ml)	Уровень кортизола (250-420,3 нмоль/л)	Уровень АКТГ (8,7-23,0 nr/ml)	Уровень инсулина (2,1-30,8 mlv/ml)	Уровень кортизола (250-420,3 нмоль/л)	Уровень АКТГ (8,7- 23,0 nr/ml)	Уровень инсулина (2,1-30,8 mlv/ml)	Уровень кортизола (250-420,3 нмоль/л)	Уровень АКТГ (8,7- 23,0 nr/ml)
Зона реакции тренировки	16,7±1,2	310,0±20,8	12,3±1,1	12,3±0,8*	372,7±26,8*	9,5±0,9*	11,8±0,9*	341,3±21,2*	9,8±0,8*
Зона реакции спокойной активации	14,3±1,1	324,8±22,7	13,6±1,2	11,0±0,6*	382,0±27,2	10,8±1,0	11,2±0,8*	368,5±24,0*	11,0±1,0
Зона реакции повышенной активации	12,6±1,0	390,7±23,6	10,8±1,3	8,5±0,4*	452,5±25,4	6,9±0,5*	9,5±0,6*	442,7±25,6*	7,3±0,8
Зона реакции периактивации	10,8±0,8	408,2±25,4	5,4±0,5	6,9±0,3*	457,4±28,6	6,3±0,4	7,3±0,5	458,5±26,2	7,0±0,7

* - указанные значения имеют достоверное различие с контрольной группой

Установлено, что число лиц контрольной группы с показателями верхней границы нормы уровня инсулина и кортизола в фазах «реакции тренировки и спокойной активации» более чем в 2 раза превышали таковые у лиц с фазами «реакции повышенной активации и периактивации», что на наш взгляд соответствовало физиологическим нормам. В основной группе число лиц с показателями нижней и средней границами нормы во всех фазах НАРО существенно не отличались.

Таким образом, зарегистрировано состояние физиологической «напряженности» функционирования адаптационных гормонов в основной группе и группе сравнения. При этом довольно равномерное распределение нижних и средних границ нормы в различных фазах НАРО позволяет (на период обследования) собственным защитным резервам организма минимизировать действие факторов риска. В тоже время физиологическое значение «напряженности» адаптационных механизмов неспецифической резистентности свидетельствует о повышенной опасности срыва адаптации и развития патологических состояний.

Литература:

1. Галич Б.В. Медико-социальные основы мониторинга радиационных эффектов преждевременного старения.: автореф дисс. ... докт. мед. наук. 14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение - Семей, 2010г с.35

2. Мазурик В.К. Роль регуляторных систем ответа клеток на повреждения в формировании радиационных эффектов // Радиационная биология, радиоэкология, 2005. – Т. 45 – № 1. – С. 26-45.

3. Выявление последствий для здоровья облучения ионизирующей радиацией в малых дозах для целей радиационной защиты. Регламентирующее издание. – Брюссель. - 2003.- 220 с.

4. Карпов А.Б., Семенова Ю.В., Тахауов Р.М., Литвиненко Т.М. Попов С.В., Леонов В.П. Роль «малых» доз ионизирующего излучения в развитии неонкологических эффектов: гипотеза или реальность? //Бюллетень Сибирской медицины. - 2005.-С.63-71.

5. Картель М.М., Адерихо К.Н., Адерихо А.К., Митрахович И.В., Зазыбо В.В. Отдаленный нейроэндокринный дисбаланс у ликвидаторов 1986-1987 гг. со стенокардией напряжения, артериальной гипертензией // Хроническое радиационное воздействие: медико-биологические эффекты: материалы III Международного симпозиума.- Челябинск.- 2005.- С. 67.

6. Аклеев А.В., Веремеева Г.А., Худякова Т.А. Состояние адаптационных возможностей у людей, подвергшихся хроническому облучению, в отдаленные сроки //Хроническое радиационное воздействие: медико-биологические эффекты: материалы III Международного симпозиума.- Челябинск, 2005.-С. 55.

УДК 613.952:612.664

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА

Н. С. Ибраев

Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК по ВКО, г.Усть-Каменогорск

Резюме

В статье проведен анализ влияния неблагоприятных факторов среды на состояние здоровья населения Восточного региона Казахстана. Выполненные в последние годы исследования, свидетельствуют о прямой связи высоких значений показателей заболеваемости взрослого и детского населения в зависимости от неблагоприятных экологических факторов. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения являются приоритетными направлениями развития системы здравоохранения Казахстана.

Summary

Шығыс Қазақстанның өңірге тұрғын халықтарға денсаулықтарға күйге экологиялық факторлардың ықпал

Мақалада Шығыс Қазақстанға өңірге тұрғын халықтарға денсаулықтарға күйге орталар қолайсыз факторлардың ықпалдар талдауы өткізілген. Зерттеулерге соңғы жылдарға істелінген, қолайсыз экологиялық факторлардан тәуелділікте ересек және бала тұрғын халықтар ауру-сырқау көрсеткіштер биік мәндер байланыс төтесі туралы куәландырып жатыр. Кәсіби аурулардың профилактикасы және тұрғын халықтар денсаулықтары күшейтуі Қазақстанның денсаулық сақтаулары жүйелері дамытулары басты бағыттармен келіп жатыр.

Summary

The influence of environmental factors on health status of East Kazakhstan region

The article analyzes the influence of adverse environmental factors on health status of the Eastern region of Kazakhstan. Performed in recent years, studies show a direct connection of high values of incidence of adult and child population in relation to environmental hazards. Disease prevention and health promotion are priorities for the health system in Kazakhstan.

Ухудшение качества окружающей среды, деградация природных экосистем становятся реальными факторами угрозы для здоровья человека в определённых регионах Республики Казахстан.

Особое место при этом занимает Восточный регион Республики, где областной центр г. Усть-Каменогорск - крупный центр с мощной базой промышленных предприятий цветной металлургии, горнодобывающего комплекса, производства ядерного топлива, расположенных в пределах городской черты и выделяющих в окружающую среду огромное количество различных химических соединений, массивно загрязняющих воду, почву, атмосферный воздух и продукты питания солями тяжёлых металлов (таких как свинец, цинк, медь, кадмий, уран, бериллий и многих других), токсическими компонентами промышленных отходов (сернистый ангидрид и т.д.).

В то же время, наличие транспортных потоков, интенсивность которых ежегодно всё более и более возрастает, создаёт дополнительно мощное загрязнение с выделением в окружающую среду тяжёлых металлов, фенола, окислов азота, бенз(а)пирена и т.д.

Исходя из вышеизложенного **целью исследования** явилась оценка состояния здоровья населению Восточного региона Казахстана.

Результаты и их обсуждение. Для оценки состояния здоровья, социального демографического и медицинского благополучия населения области существенное значение имеют показатели рождаемости, смертности и естественного прироста населения. В течение последних двух лет население области продолжает сокращаться: на 1 апреля 2008 года в сравнении с 2007 годом население области уменьшилось на 5400 (0,4%) человек и составило 1427400 (в 2007 году - 1422800). В первом полугодии 2008 года показатель рождаемости увеличился и составил 16,52 (1 полугодие 2007 года - 15,4). Высокие показатели рождаемости зарегистрированы в Аягозском, Урджарском, Зайсанском, Абайском районах, низкие - в г. Риддере, в Зырянском и Глубоковском районах.

В первом полугодии 2008 года показатель смертности достиг 14,04 (1 полугодие 2007 года - 13,83). В первом полугодии 2008 года рост показателя рождаемости опередил темп роста показателя смертности, поэтому естественный прирост населения увеличился в сравнении с аналогичным периодом 2007 года с «+1,57» до «+2,38».

В связи с переходом на новые международные критерии живорожденности по ВОЗ в сравнении с аналогичным периодом 2007 года в 2008 году показатель младенческой смертности увеличился до 23,3 на 1000 родившихся живыми (1 полугодие 2007 года - 16,0). В структуре младенческой смертности отмечается рост смертности среди маловесных и недоношенных детей с 28,6% до 53%.

Заболееваемость является одним из весьма значимых показателей, характеризующих состояние здоровья населения, это один из основных индикаторов здоровья. Выполненные в последние годы исследования, свидетельствуют о прямой связи высоких значений показателей заболееваемости и влиянием на организм человека неблагоприятных экологических факторов. В первом полугодии 2008 года первичная заболееваемость по области снизилась на 2,1 %. В структуре заболееваемости по области на первом месте остается

заболееваемость органов дыхания, на втором месте - травмы и отравления, на третьем - болезни мочеполовой системы, на четвертом месте - болезни кожи и подкожной клетчатки.

Превышает областной уровень первичная заболееваемость бронхиальной астмой в Кокпектинском районе (69,1), в г. Усть-Каменогорске (61,4), Уланском районе (61,0), Урджарском районе (58,6), Г.Курчатове (57,7), Бородулихинском районе (43,5) на 100 тысяч населения.

Особую тревогу вызывают высокие параметры экологически обусловленной патологии, как онкологическая заболееваемость. За последние годы отмечается стабилизация онкозаболееваемости среди населения ВКО, что связано в первую очередь с улучшением выявляемое™, активной обращаемостью больных, проведением комплексных профилактических осмотров в рамках Государственной программы, усилением профилактической работы, информированностью населения через средства массовой информации. За 2006-2007 годы показатель заболееваемости злокачественными новообразованиями снизился на 3,1 % и составил 266,5 на 100 тысяч населения в 2007 году против 274,9 в 2006 году, но остается выше республиканского показателя в 1,5 раза (РК, 2007г. - 183,8).

Охрана здоровья граждан и снижение заболееваемости предполагает улучшение диагностики заболеваний и развитие высокоспециализированной помощи. Продолжено внедрение в практику новых технологий в кардиохирургии, урологии, ортопедии, гематологии, онкологии, лабораторной диагностике, активно внедряются эндохирургические методы лечения. На базе торакального отделения Восточно-Казахстанского областного медицинского объединения (ВКОМО) функционирует отделение сердечно-сосудистой хирургии, где осваиваются операции на открытом сердце, продолжается обучение специалистов. Работает урологический центр на базе Городской больницы № 2. Начал свою работу Центр лучевой терапии при онкологическом диспансере в г. Усть-Каменогорске.

Выводы

1. Окружающая среда Восточного региона Казахстана формируется под влиянием возрастающего химического загрязнения атмосферного воздуха, водной среды, почвы, продуктов питания, а также высокого уровня шума.

2. В связи с наличием негативных антропогенных факторов в области, имеет место ухудшение состояния здоровья населения, в частности, таких индикаторов здоровья как медико-демографические показатели.

3. В области продолжает сокращаться численность населения, увеличивается показатель рождаемости. Высокие показатели рождаемости зарегистрированы в Аягозском, Урджарском, Зайсанском, Абайском районах, низкие - в г. Риддере, в Зырянском и Глубоковском районах. В структуре младенческой смертности отмечается рост смертности среди маловесных и недоношенных детей с 28,6% до 53%.

4. В структуре заболееваемости населения области ведущие места принадлежат болезням органов дыхания, травмам, онкопатологии.

УДК 616.9.+614.876

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРУЦЕЛЛЕЗА У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ СЕМИПАЛАТИНСКОГО ПОЛИГОНА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗОН РАДИАЦИОННОГО РИСКА

А. З. Токаева

Государственный медицинский университет г. Семей

Резюме

Клиническая характеристика бруцеллеза у лиц, проживающих в регионе Семипалатинского полигона, в зависимости от зон радиационного риска

Клиническими исследованиями, проведенными у 792 больных различными клиническими формами бруцеллеза, проживающих в регионе Семипалатинского ядерного полигона, выявлено преобладание тяжелого течения острого и хронического бруцеллеза у лиц, проживающих в зонах чрезвычайного и максимального радиационного риска.

Тұжырым

Семей полигоны аймағында тұратын, радиациялық қауіп - қатер аралығына байланысты, адамдар сарыптың клиникалық сипаттамасы

Семей сынақ полигоны аумағында тұратын, сарыптың әртүрлі клиникалық түрлерімен ауыратын 792 адамда өткізілген клиникалық зерттеулер ерекше және ең үлкен радиациялық қауіп-қатер аралығында тұратын адамдарда сарыптың жедел және созылмалы түрлері басым өтетіндігін айқындады.

Summary

The clinical characteristics of brucellosis, depending on the zones of radiation risk, in persons living in the region of Semipalatinsk nuclear site

792 patients with different forms of brucellosis, living in the region of Semipalatinsk nuclear site, were studied clinically. The prevalence of severe course detected in acute and chronic brucellosis in persons living in areas of extreme and maximal radiation risk.

Актуальность. В современной медицинской и радиобиологической литературе особое внимание уделяется проблеме воздействия ионизирующей радиации на организм человека [1,2,3,4]. В соответствии с Законом Республики Казахстан от 18 декабря 1992 года № 1787-ХІІ «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне», в зависимости от величины эффективной эквивалентной дозы загрязненные территории подразделяются на зону чрезвычайного, максимального, повышенного и минимального радиационного риска. Учитывая, что в комплексе изменений, наступающих в организме под влиянием ионизирующей радиации, нарушение иммунитета играют немаловажную роль, изучение особенностей клинических проявлений бруцеллеза у лиц, проживающих в регионе СЯП в различных зонах радиационного риска, представляют большой практический интерес.

Цель исследования – выяснить клинические проявления бруцеллеза у лиц, проживающих в регионе Семипалатинского ядерного полигона, в зависимости от зон радиационного риска.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 792 больных острым (173 пациента), подострым (343 больных) и хроническим (276 больных) бруцеллезом в возрасте от 16 до 65 лет. Среди обследованных преобладали мужчины (79,0%).

Диагноз заболевания ставился на основании характерных клинических, эпидемиологических и лабораторных данных (бактериологическое исследование крови, реакции гамагглютинации, Райта, Хеддльсона, пассивной гемагглютинации и аллергическая проба Бюрне).

Результаты исследования.

Сравнительный анализ клинического течения бруцеллеза с учетом степени тяжести у лиц, проживающих в различных зонах радиационного риска, показал преобладание среднетяжелого течения при всех клинических формах бруцеллеза, причем независимо от зоны радиационного риска. Однако тяжелое течение острого и хронического бруцеллеза отмечалось в 1,5-2 раза чаще у лиц, проживающих в зонах чрезвычайного, максимального и повышенного радиационного риска, чем у лиц, проживающих в зоне минимального радиационного риска (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение больных бруцеллезом по степени тяжести заболевания в зависимости от зон радиационного риска (в %)

Зоны радиационного риска	Острый бруцеллез (n=173)			Подострый бруцеллез (n=343)			Хронический бруцеллез (n=276)		
	Степень тяжести								
	легкая	средняя	тяжелая	легкая	средняя	тяжелая	легкая	средняя	тяжелая
Чрезвычайного	26,4	50,0	23,6	5,8	64,7	29,5	4,0	73,0	23,0
Максимального	10,0	64,0	26,0	11,5	62,8	25,7	6,3	56,2	37,5
Повышенного	9,0	73,3	17,7	11,9	55,5	32,6	8,0	73,6	18,4
Минимального	7,5	77,5	16,0	8,9	52,5	38,6	17,6	64,8	17,6

Изучение клинических проявлений острого бруцеллеза у больных в зависимости от зоны проживания, показало, что у больных, проживающих в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска, такие симптомы, как лихорадка, боли в мышцах, в костях, в суставах и изменения со стороны сердечно-сосудистой системы встречались достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у лиц, проживающих в зоне минимального радиационного риска. Частота выявления остальных клинических проявления острого бруцеллеза у больных сравниваемых групп существенно не отличалась (рисунок 1).

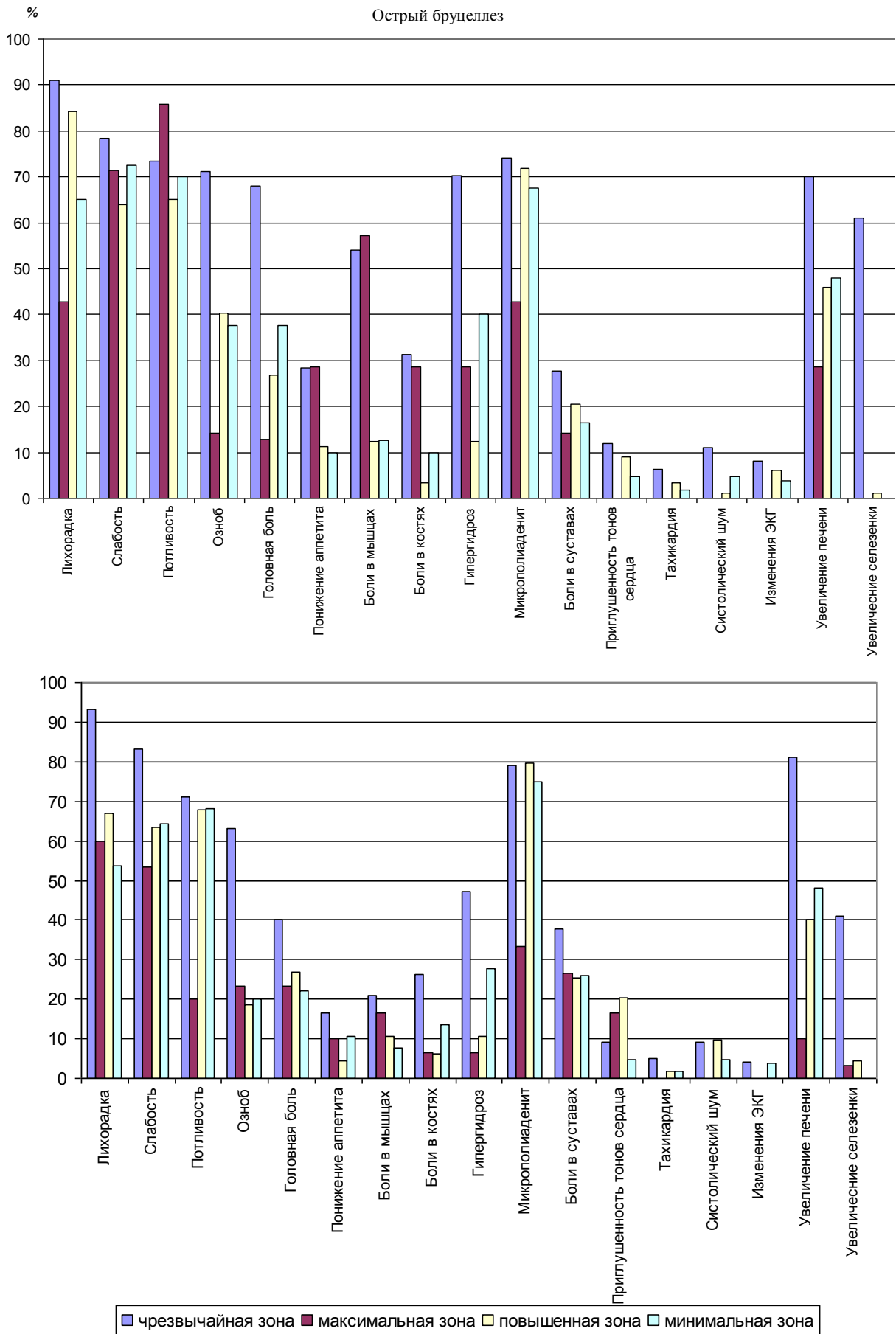


Рисунок 1 – Клинические проявления острого и подострого бруцеллеза в зависимости от зон радиационного риска

В клинике подострого бруцеллеза также наблюдались достоверно чаще только отдельные клинические признаки (лихорадка, слабость, боли в костях, суставах, потливость, увеличение лимфатических узлов, печени) у лиц, проживающих в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска по сравнению с зоной минимального радиационного риска (рисунок 1).

У больных хроническим бруцеллезом, проживающих в зонах чрезвычайного и максимального радиационного риска, достоверно чаще встречались такие симптомы, как слабость, озноб, головная боль, боли в суставах, увеличение печени по сравнению с больными, проживающими в зоне минимального радиационного риска (рисунок 2).

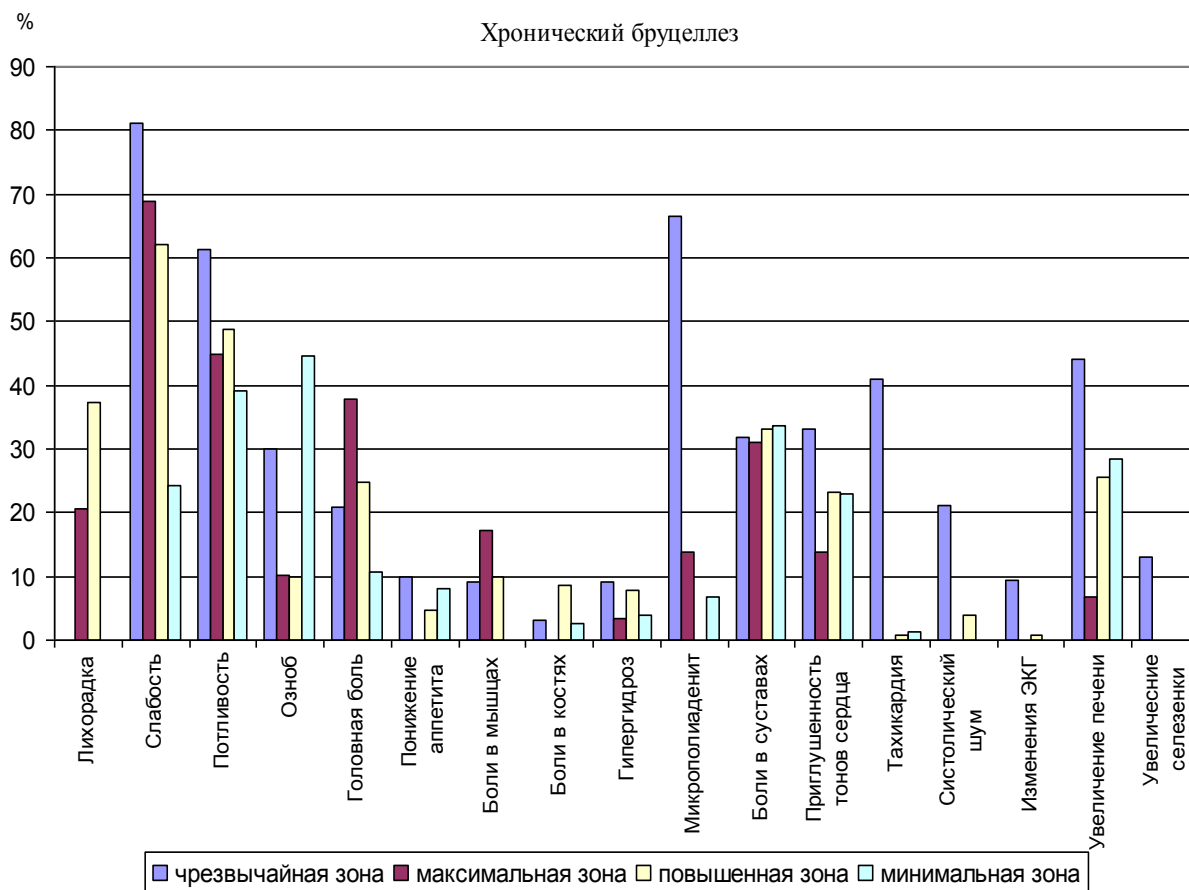


Рисунок 2 – Клинические проявления хронического бруцеллеза в зависимости от зон радиационного риска

Таким образом, в ходе проведенных исследований установлены определенные особенности клинического течения бруцеллеза у лиц, проживающих в различных зонах радиационного риска, в частности, тяжелое течение с более выраженными симптомами интоксикации, астеновегетативного синдрома и органами поражениями различных систем наблюдалось у лиц, проживающих в зонах чрезвычайного и максимального радиационного риска, что, по-видимому, обусловлено иммунопато-генетическими механизмами, связанными с воздействием радиационного фактора.

Литература:

1. Василенко И.Я. Вопросы клиники, патогенеза и отдаленной патологии комбинированных радиационных поражений // Сборник науч. трудов. – М., 1987. – С. 39-44.
2. Москалев Ю.И. Отдаленные последствия воздействия ионизирующих излучений. – М.: Медицина, 1991. – С. 464.
3. Бурлакова Е.Б., Голощанов А.Н., Горбунова Н.В. и др. Особенности биологического действия малых доз облучения. Радиационная биология. Радиоэкология, - 1996, т. 36, вып. 4, - С. 610-631.
4. Осмачкин В.С. Об оценках биологических эффектов радиационного воздействия. – Энергия: экономика, техника, экология, - 2001, №12, - С 6-14.

УДК 612.1/112.94+612.014.482.4+577.121.7

ВЛИЯНИЕ РЕАФЕРОНА НА ФЕРМЕНТЫ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГАММА-ОБЛУЧЕНИЯ

С. Е. Узбекова, Б. А. Жетписбаев, А. К. Мусайнова, Д. Е. Узбеков

*Государственный медицинский университет г. Семей***Резюме**

Изучалось влияние фракционированного облучения на активность ферментов энергетического обмена в лимфоцитах периферической крови в отдаленном периоде. Была проведена иммунокоррекция реафероном, позволившая изменить показатели активности ферментов СДГ и ЦХО в лимфоцитах периферической крови в сторону нормализации.

Summary

Influence of reaferon to the enzymes of the energetic exchange in the lymphocytes of the peripheral blood in the late period after the action of the fractional gamma-irradiation

In the late period after the fractional irradiation by gamma-rays the activity of succinate dehydrogenase (SDG) and cytochrome oxydase (CCO) is increased in the lymphocytes of peripheral blood. Using of Reaferon as mean of immune-correction in the late period after the fractional gamma-irradiation allows change indices of the activity of the enzymes SDG and CCO in lymphocytes of the peripheral blood to side of normalization.

Тұжырым

Фракционалданған гамма-сәулеленуден кейін ұзақ мерзім кезеңінде перифериялық қанның лимфоциттерінде энергетикалық алмасу ферменттеріне имунофанның әсері

Фракционалданған гамма-сәулелермен сәулеленуден кейін ұзақ мерзім кезеңінде перифериялық қанның лимфоциттерінде энергетикалық алмасу ферменттерінің белсенділігінің көтерілуі байқалады. Реаферонды қолдану барысында перифериялық қанның лимфоциттерінде СДГ мен ЦХО ферменттерінің белсенділігі қалыпты жаққа қарай өзгереді.

В поздний период после облучения могут наблюдаться остаточные явления лучевой болезни или лучевых реакций организма. В патологии лучевой болезни имеет большое значение нарушение в биоэнергетике живого организма. Установлено, что при облучении нарушается процесс переноса электронов в цитохромной системе, в митохондриях клеток и разобщается процесс окислительного фосфорилирования.

Влияние фракционированного облучения на энергетические процессы в иммунокомпетентных клетках и способы иммунокоррекции пострадиационных изменений остаются недостаточно изученными в настоящее время.

Цель исследования.

Целью настоящей работы явилась оценка влияния реаферона на ферменты энергетического обмена в иммунокомпетентных клетках в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения.

Материалы и методы исследования.

В эксперименте были использованы 40 белых половозрелых беспородных крыс обоего пола. Животных подвергали в течение 3 недель облучению гамма лучами Co^{60} на радиотерапевтической установке «ЛУЧ-1», суммарная доза облучения составила 6 Гр. Контроль-

ными для данной группы служили интактные животные (n=10). До и через 30-90 дней после облучения и проведенного курса реафероном (в течение 10 дней по общепринятой схеме) у всех животных определяли активность ферментов сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и цитохромоксидазы (ЦХО) в лимфоцитах периферической крови. Для проведения биохимических исследований из крови выделяли лимфоциты. Определение активности СДГ проводили по методу Е.С.Слейтер (1969) в модификации С.О.Талбергенова (1971), активность ЦХО определялась по методу Р.С.Кривченковой (1974).

Полученные цифровые данные обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики по методике Е.В.Монцевичюте-Эрингене с вычислением критериев Стьюдента с оценкой степени достоверности различий между сравниваемыми группами. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2000.

Результаты исследования и их обсуждение.

В таблице 1 представлены результаты влияния фракционированного гамма-излучения на активность ферментов СДГ и ЦХО в лимфоцитах периферической крови в отдаленном периоде.

Таблица 1 - Влияние фракционированного гамма-излучения на активность ферментов СДГ и ЦХО в лимфоцитах периферической крови в отдаленном периоде

Показатель нМ/с на мг белка	Серия опытов		
	1 группа (n= 10)	2 группа (n=15)	3 группа (n=15)
СДГ	0,019±0,0023	0,009±0,006*	0,091±0,011*
ЦХО	0,240±0,014	0,130±0,045*	0,156±0,055*
Примечание: 1 группа – интактные, 2 группа – облученные + 30 дней, 3 группа – облученные + 90 дней; * - достоверно к 1 группе (P<0,05)			

Из таблицы 1 видно, что через 30 дней после воздействия на организм фракционированного гамма-излучения в лимфоцитах периферической крови активность ферментов СДГ и ЦХО достоверно снижается в 2,1 и 2,0 раза соответственно ($P < 0,05$).

Через три месяца после фракционированного облучения в лимфоцитах периферической крови наблюдается повышение активности СДГ с $0,009 \pm 0,006$ нмоль/сек до $0,091 \pm 0,011$ нмоль/сек ($P < 0,05$). В этот период отмечается тенденция повышения активности ЦХО, но при этом она не достигает контрольного уровня.

Таким образом, в раннем периоде после фракционированного действия гамма облучения в лимфоцитах

периферической крови наблюдается снижение активности ферментов энергетического обмена, тогда как в отдаленном периоде снижение активности сменяется ее повышением.

Анализ экспериментального материала показывает, что фракционированное воздействие гамма-излучения оказывает однотипное воздействие на активность СДГ в лимфоцитах периферической крови.

Нами изучалось влияние реаферона на активность ферментов энергетического обмена СДГ и ЦХО в селезенке и лимфоцитах периферической крови облученного фракционированной дозой организма. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Влияние реаферона на активность ферментов СДГ и ЦХО в лимфоцитах периферической крови облученного фракционированной дозой организма

Показатель нМ/с на мг белка	Серия опытов		
	1 группа (n= 10)	2 группа (n=15)	3 группа (n= 10)
СДГ	0,019±0,0023	0,091±0,011*	0,020±0,002
ЦХО	0,240±0,014	0,156±0,055*	0,230±0,020

Примечание: 1 группа – интактные, 2 группа – облученные + 90 дней, 3 группа – иммунофан + облученные; * - достоверно к 1 группе ($P < 0,05$).

В лимфоцитах периферической крови (таблица 2) в отдаленном периоде после воздействия фракционированного облучения на фоне иммунокоррекции происходило достоверное снижение повышенной после облучения активности фермента СДГ. Что касается активности фермента ЦХО, которая в отдаленном периоде была достоверно снижена, то под влиянием реаферона происходит ее достоверное повышение в 1,4 раза, что приближается к интактным данным.

Выводы:

В отдаленном периоде после фракционированного облучения гамма-лучами в лимфоцитах периферической крови наблюдается повышение активности ферментов энергетического обмена.

Применение препарата реаферон в качестве средства иммунокоррекции в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения позволило из-

менить показатели активности ферментов СДГ и ЦХО в лимфоцитах периферической крови в сторону нормализации.

Литература:

1. Барабой В.А., Сутковой Д.А. Энергетический обмен при стрессовых воздействиях (на примере ионизирующей радиации), его саморегуляция и коррекция. Украинский биохимический журнал. - 1983. - Т.55, №1. - С.93-95.
2. Тапбергенов С.О. Взаимоотношения и особенности энергетической и тиреоидной регуляции ферментов энергетического обмена // Проблемы эндокринологии. – 1982. – Т.28. – 34. – С.67-73.
3. Кривченкова Р.С. Определение активности ЦХО в суспензии митохондрий // В кн.: Современные методы в биохимии. – М., 1974. – С.47-49.

УДК 616.414+577.121.7+577.15+612.014.482.4

ВЛИЯНИЕ РЕАФЕРОНА НА ФЕРМЕНТЫ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В СЕЛЕЗЕНКЕ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГАММА-ОБЛУЧЕНИЯ

С. Е. Узбекиова, Б. А. Жетписбаев, А. К. Мусайнова, Д. Е. Узбекиов

Государственный медицинский университет г. Семей

Изучалось влияние фракционированного облучения на активность ферментов энергетического обмена в селезенке в отдаленном периоде. Была проведена иммунокоррекция реафероном, позволившая изменить показатели активности ферментов СДГ и ЦХО в селезенке в сторону нормализации.

SUMMARY

Influence of reaferon to the enzymes of the energetic exchange in the spleen in late period after action of the fractional gamma-irradiation

In the period after the fractional irradiation by gamma-rays the activity of succinate dehydrogenase (SDG) and cytochrome oxydase (CCO) in spleen is decreased. Using of Reaferon as mean of immune-correction in the late period after the fractional gamma-irradiation allows change indices of the activity of the enzymes SDG and CCO in spleen to side of normalization.

Тұжырым

Фракционалданған гамма-сәулеленуден кейін ұзақ мерзім кезеңінде көкбауырдың энергетикалық алмасу ферменттеріне реаферонның әсері

Фракционалданған гамма-сәулелермен сәулеленуден кейін ұзақ мерзім кезеңінде көкбауырда СДГ мен ЦХО белсенділігі төмендейді. Фракционалданған гамма-сәулеленуден кейін ұзақ мерзім кезеңінде реаферон препаратын иммунокорекциялық дәрі-дәрмек ретінде қолдану көкбауырдағы СДГ мен ЦХО ферменттерінің белсенділігін қалыпты жаққа қарай өзгертуге мүмкіндік берді.

Изучение отдаленных последствий воздействия лучевого поражения является на повестке сегодняшнего дня одним из важных направлений радиационной медицины, поскольку данная проблема затрагивает все слои общества, большой контингент населения Земного шара, охватывая такие общественно значимые вопросы, как продолжительность жизни, репродуктивная функция, генетические последствия радиации на потомство, бластоогенное и небластоогенное действие.

Анализ данных литературы показывает, что до сих пор не сложилось ясного представления об изменении активности ферментов энергетического обмена в тканях животных при таком распространенном виде стресса, как фракционированное воздействие ионизирующей радиации. Поиск средств иммунокоррекции пострадиационных поражений актуален и в настоящие дни.

Цель исследования.

Целью настоящей работы явилась оценка влияния реаферона на ферменты энергетического обмена в селезенке в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения.

Материалы и методы исследования.

В эксперименте были использованы 40 белых половозрелых беспородных крыс обоего пола. Животных подвергали в течение 3 недель облучению гамма луча-

ми Co^{60} на радиотерапевтической установке «ЛУЧ-1», суммарная доза облучения составила 6 Гр. Контрольными для данной группы служили интактные животные (n=10). До и через 30-90 дней после облучения и проведенного курса реафероном (в течение 10 дней по общепринятой схеме) у всех животных определяли активность ферментов сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и цитохромоксидазы (ЦХО) в селезенке. Для проведения биохимических исследований готовили гомогенаты из ткани селезенки. Определение активности СДГ проводили по методу Е.С.Слейтер (1969) в модификации С.О.Тапбергенова (1971), активность ЦХО определялась по методу Р.С.Кривченковой (1974).

Полученные цифровые данные обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики по методике Е.В.Монцевичюте-Эрингене с вычислением критериев Стьюдента с оценкой степени достоверности различий между сравниваемыми группами. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2000.

Результаты исследования и их обсуждение.

В таблице 1 представлены результаты влияния фракционированного гамма-излучения на активность ферментов СДГ и ЦХО в тканях селезенки в отдаленном периоде.

Таблица 1 - Влияние фракционированного гамма-излучения на активность ферментов СДГ и ЦХО в тканях селезенки в отдаленном периоде

Показатель нМ/с на мг белка	Серия опытов		
	1 группа (n= 10)	2 группа (n=15)	3 группа (n=15)
СДГ	0,024±0,008	0,068±0,003*	0,012±0,003*
ЦХО	0,193±0,016	0,149±0,011*	0,150±0,030

Примечание: 1 группа – интактные, 2 группа – облученные + 30 дней, 3 группа – облученные + 90 дней; * - достоверно к 1 группе (P<0,05)

Из таблицы 1 видно, что через 30 дней после воздействия на организм фракционированного гамма-излучения в селезенке происходит достоверное повышение активности СДГ в 2,8 раза (P<0,05), а в отдаленном периоде через 90 дней наблюдается снижение активности СДГ в 2 раза (с 0,024±0,008 нмоль/сек до 0,012±0,003 нмоль/сек, P<0,05). Активность фермента ЦХО через 30 дней после облучения снижалась в 1,3 раза (P<0,05), а через 90 дней активность ЦХО соответствовала данным ближайшего периода, то есть оставалась сниженной.

Таким образом, в раннем периоде после фракционированного облучения гамма-лучами происходит повышение активности СДГ и снижение активности ЦХО.

В отдаленном периоде происходит снижение активности СДГ и ЦХО.

Анализ экспериментального материала показывает, что фракционированное воздействие гамма-излучения вызывает в селезенке в раннем периоде после облучения повышение активности СДГ, сопровождающееся снижением активности ЦХО. В отдаленном периоде у облученных животных снижается активность СДГ по сравнению с контрольными величинами. Нами изучалось влияние реаферона на активность ферментов энергетического обмена СДГ и ЦХО в селезенке облученного фракционированной дозой организма. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Влияние реаферона на активность ферментов СДГ и ЦХО в селезенке облученного фракционированной дозой организма

Показатель нМ/с на мг белка	Серия опытов		
	1 группа (n= 10)	2 группа (n=15)	3 группа (n= 10)
СДГ	0,024±0,008	0,012±0,003*	0,021±0,001#
ЦХО	0,193±0,016	0,150±0,030	0,220±0,020#

Примечание: 1 группа – интактные, 2 группа – облученные + 90 дней, 3 группа – иммунофан + облученные; * - достоверно к 1 группе (P<0,05); # - достоверно ко 2 группе (P<0,05)

Таблица 2 демонстрирует нам динамику изменений активности ферментов СДГ и ЦХО в селезенке облученного организма на фоне иммунокоррекции. Как мы видим, реаферон повышает активность обоих ферментов. Таким образом, реаферон приближает изучаемые показатели до данных интактных животных, т.е. оказывает нормализующее влияние на их активность.

Выводы.

В отдаленном периоде после фракционированного облучения гамма-лучами в селезенке происходит снижение активности ферментов энергетического обмена.

Применение препарата реаферон в качестве средства иммунокоррекции в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения позволило из-

менить показатели активности ферментов СДГ и ЦХО в селезенке в сторону нормализации.

Литература:

1. Барабой В.А., Сутковой Д.А. Энергетический обмен при стрессовых воздействиях (на примере ионизирующей радиации), его саморегуляция и коррекция. Украинский биохимический журнал. - 1983. - Т.55, №1. - С.93-95.

2. Тапбергенов С.О. Взаимоотношения и особенности энергетической и тиреоидной регуляции ферментов энергетического обмена // Проблемы эндокринологии. - 1982. - Т.28. - 34. - С.67-73.

3. Кривченкова Р.С. Определение активности ЦХО в суспензии митохондрий // В кн.: Современные методы в биохимии. - М., 1974. - С.47-49.

УДК 616.9+612.017.1+614.876

СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ СЕМИПАЛАТИНСКОГО ПОЛИГОНА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗОНЫ РАДИАЦИОННОГО РИСКА

А. З. Токаева

Государственный медицинский университет г. Семей

Проведенным исследованием выявлено существенное повышение содержания сывороточных иммуноглобулинов при всех клинических формах бруцеллеза независимо от зоны радиационного риска. Наиболее высокий уровень IgA отмечен у больных подострым бруцеллезом, проживающих в зоне минимального радиационного риска.

Тұжырым

Семей полигоны аймағында тұратын, радиациялық қауіп – қатер аралығына байланысты, сарыппен ауыратындарда иммуноглобулиндердің мөлшері

Өткізілген зерттеулер қандайда радиациялық қауіп - қатер аралығы болмасын сарыптың барлық клиникалық түрлерінде сарысулық иммуноглобулиндер мөлшері айтарлықтай артатынын айқындады. IgA ең жоғарғы деңгейі радиациялық қауіп - қатері аз аралықта тұратын, сарыптың жеделасты түрімен ауыратында байқалды.

Summary

The content of immunoglobulins, depending on the zones of radiation risk, in patients with brucellosis living in the region of Semipalatinsk nuclear site

Significantly increased content of serum immunoglobulins in all clinical forms of brucellosis, regardless of the radiation risk zones detected in the current study. The highest level of IgA was determined in patients with subacute brucellosis, living in the zone of minimal radiation risk.

Сегодня не вызывает сомнений неблагоприятное влияние испытаний ядерного оружия, проводимых более 40 лет на Семипалатинском ядерном полигоне. В комплексе изменений, наступающих в организме под влиянием ионизирующей радиации, нарушения иммунитета играют немаловажную роль. Известна высокая чувствительность некоторых факторов неспецифической защиты и специфического иммунитета, особенно гуморального звена, к действию различного вида ионизирующего излучения. В связи с этим представляло интерес изучение уровня иммуноглобулинов у больных бруцеллезом, проживающих в регионе Семипалатинского полигона.

Цель исследования – изучить содержание иммуноглобулинов при различных формах бруцеллеза в зависимости от зоны радиационного риска.

Материалы и методы исследования. Содержание сывороточных иммуноглобулинов класса А, М, G изуче-

но у 447 больных бруцеллезом. Из них острый бруцеллез диагностирован у 129 больных, подострый – у 208 и хронический – у 110 пациентов. Контрольную группу составили 142 донора. Количественное содержание сывороточных иммуноглобулинов А, М, G определяли методом радиальной иммунодиффузии по G. Mancini и соавт.

Уровень иммуноглобулинов А, М, G у больных острым бруцеллезом приведен в таблице 1, из которой видно, что их содержание существенно превышало норму, причем независимо от зоны радиационного риска. Аналогичные изменения наблюдались при хроническом бруцеллезе (таблица 2). При подостром бруцеллезе выявлено, что количество иммуноглобулина А у больных, проживающих в зоне максимального радиационного риска, было достоверно ниже, чем у больных, проживающих в зонах повышенного и минимального радиационного риска (таблица 3).

Таблица 1 – Содержание иммуноглобулинов у больных острым бруцеллезом в зависимости от зоны радиационного риска (МЕ/мл, $M \pm m$)

Зона радиационного риска		lg A	lg M	lg G
Чрезвычайная		193,0±18,7	250,0±80,5	200,0±20,5
	P	<0,001	<0,05	<0,01
Максимальная		205,0±21,2	225,0±35,3	208,6±21,8
	P	<0,001	<0,05	<0,01
Повышенная		183,7±10,1	214,4±8,4	189,7±6,9
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Минимальная		171,3±12,3	228,6±13,6	180,4±10,2
	P	<0,001	<0,05	<0,001
	P ₁	>0,1	>0,1	>0,1
	P ₂	>0,1	>0,1	>0,1
	P ₃	>0,1	>0,1	>0,1
Доноры		123,5±3,4	143,3±3,8	139,9±2,8

Примечание: P – достоверность различия показателей у больных бруцеллезом и доноров; P₁ – у больных, проживающих в зоне максимального и повышенного радиационного риска; P₂ – у больных, проживающих в зонах максимального и минимального радиационного риска; P₃ – у больных, проживающих в зонах повышенного и минимального радиационного риска; P₄ – у больных, проживающих в зоне чрезвычайного и минимального радиационного риска.

Таблица 2 – Содержание иммуноглобулинов у больных хроническим бруцеллезом в зависимости от зоны радиационного риска (МЕ/мл, $M \pm m$)

Зона радиационного риска		lg A	lg M	lg G
Чрезвычайная		158,1±8,5	200,5±28,5	190,0±17,5
	P	<0,001	<0,05	<0,05
Максимальная		159,2±8,6	205,6±29,6	184,3±18,8
	P	<0,001	<0,05	<0,05
Повышенная		171,2±8,9	178,5±12,8	184,5±7,8
	P	<0,001	<0,01	<0,001
Минимальная		185,5±13,3	210,0±21,3	187,3±13,8
	P	<0,001	<0,01	<0,01
	P ₁	>0,1	>0,1	>0,1
	P ₂	>0,1	>0,1	>0,1
	P ₃	>0,1	>0,1	>0,1
Доноры		123,5±3,4	143,3±3,8	139,9±2,8

Примечание: см. таблицу 1

Таблица 3 – Содержание иммуноглобулинов у больных подострым бруцеллезом в зависимости от зоны радиационного риска (МЕ/мл, $M \pm m$)

Зона радиационного риска		lg A	lg M	lg G
Чрезвычайная		160,0±12,0	180,5±13,1	200,5±14,3
	P	<0,05	<0,05	<0,001
Максимальная		157,4±11,9	173,9±12,4	192,1±13,2
	P	<0,05	<0,05	<0,001
Повышенная		182,4±6,3	184,3±8,0	195,2±6,4
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Минимальная		196,0±17,5	187,5±12,1	204,4±7,8
	P	<0,001	<0,05	<0,001
	P ₁	<0,05	>0,1	>0,1
	P ₂	<0,01	>0,1	>0,1
	P ₃	>0,1	>0,1	>0,1
Доноры		123,5±3,4	143,3±3,8	139,9±2,8

Примечание: см. таблицу 1

Таким образом, различные клинические формы бруцеллеза сопровождались существенным повышением содержания сывороточных иммуноглобулинов, уровень которых не зависел от зоны проживания. Однако при подостром бруцеллезе наиболее высокий уровень иммуноглобулина А отмечен у больных, проживающих в зоне минимального радиационного риска.

Литература:

1. Москалев Ю.И. Отдаленные последствия воздействия ионизирующих излучений. – М.: Медицина, 1991. – 464с.

УДК: 61612.-071

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО ДАННЫМ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА РАБОЧИХ ЖЕЗКЕНТСКОГО ГОРНО-ОБОГАТИТЕЛЬНОГО КОМБИНАТА

Г.К. Сулейменов, начальник УГСЭН

*Управление государственного санитарно-эпидемиологического надзора
по Бородулихинскому району*

Тұжырым

Жезкент кен-байыту комбинат жұмысшыларының тереңдетілген медициналық тексеруінің көрсеткіштері бойынша терапевтік тексерудің қорытындылары

Г.К. Сулейменов

Кен-байыту комбинаттары жұмысшыларының денсаулығына қолайсыз өндірістік-кәсіби факторларының мүмкін болатын әсерінің түрін белгілей мақсатымен жұмыс өтіліне қарай жыл сайынғы профилактикалық тексерулер қорытындыларын талдау кезінде жұмысшылардың бірдей кәсіби қатарына жататындықтарына қарамастан кезігетін астениялық-вегетативті синдроммен көбінесе жиі ауыратыны, ал жер астында жұмыс істейтін жұмысшылардың көбінесе бронх-өкпе аппараттары ауыратыны анықталды.

Summary

Result's of therapeutical inspection by the facts of Zhezkent's mining-concentrating enterprises' workers' deep medical examination

G.K. Suleymenov

By analysis the results of annual prophylactic examinations with aim of establishment of character of possible influence of unfavourable industrial-professional factors to health mining-concentrating enterprises' workers according to the length of work it was revealed, that more often workers suffer asthenia-vegetative syndrome, which almost equally meets independent of professional belonging, and underground workers' bronchial-pulmonary apparatus more often suffers.

Состояние здоровья населения является интегральным показателем социальной ориентированности государства, отражающим степень его ответственности перед своими гражданами. При этом, наиболее уязвимым является состояние здоровья работающего населения. Измеров Н.Ф. считает, что важнейшим индикатором здоровья общества является состояние здоровья его работников, которое определяет качество трудовых ресурсов, демографическую ситуацию в стране, производительность труда, величину производимого валового внутреннего продукта.

Практически на всех промышленных предприятиях наблюдается наличие в производственной среде шума, вибрации, запыленности, дискомфорта микроклимата, тяжелых физических и психофизиологических нагрузок, что приводит не только к формированию профессиональной патологии, но и снижению общей резистентности организма.

Совместно с Национальным центром гигиены труда и профзаболеваний г. Караганда, нами проведен анализ заболеваемости рабочих Жезкентского горно-обогатительного комбината Корпорации «Казахмыс» Восточно-Казахстанского региона (далее - ГОК).

Учитывая результаты ежегодных профилактических осмотров и, с целью установления характера возможного влияния неблагоприятных производственно-профессиональных факторов на здоровье рабочих, нами для углубленного медицинского обследования были отобраны группы рабочих основных специальностей ГОК (подземные горнорабочие и работники обогатительной фабрики), занятых на ведущих звеньях технологической линии.

Целью исследования явилась оценка результатов терапевтического обследования у рабочих ГОК при проведении углубленных профилактических осмотров.

Частота и характер субъективных симптомов, выявленных у обследованных, показали следующее.

Наиболее частыми жалобами у подземных горнорабочих ГОК являются кашель сухой либо с выделением скудной мокроты ($21,7 \pm 2,7\%$), частые головные боли и головокружения, возникающие к концу смены ($13,4 \pm 2,3\%$), повышенная утомляемость и общая слабость ($12,2 \pm 2,2\%$), костно-суставные, мышечные и боли в поясничной области ($10,0 \pm 2,0\%$), повышенная потливость ($9,3 \pm 1,9\%$).

Кроме этого, рабочие также предъявляли жалобы на нарушение сна ($7,1 \pm 1,1\%$), диспепсические явления ($5,2 \pm 1,5\%$), боли и неприятные ощущения в области сердца ($5,0 \pm 1,5\%$), одышку при физической нагрузке ($3,3 \pm 1,2\%$), учащение сердцебиения ($2,9 \pm 1,1\%$), боли в области желудка ($2,6 \pm 1,1\%$), боли в грудной клетке ($2,4 \pm 1,1\%$), снижение слуха ($0,7 \pm 0,3\%$) и другие.

У рабочих основной группы обогатительной фабрики ГОК ведущими жалобами являлись такие, как: кашель различного характера, преимущественно сухой ($15,6 \pm 3,0\%$), повышенная потливость ($13,9 \pm 3,2\%$), общая слабость и утомляемость ($13,6 \pm 2,9\%$), головные боли и головокружение ($12,7 \pm 3,0\%$), боли в эпигастрии ($8,1 \pm 2,7\%$), костно-суставные и поясничные боли ($8,1 \pm 2,2\%$), диспепсические явления ($6,7 \pm 2,8\%$), боли в области сердца ($6,4 \pm 2,2\%$), нарушение сна ($5,8 \pm 2,0\%$).

Среди данной группы, обследованных, реже наблюдались следующие жалобы: учащенное сердцебиение ($2,3 \pm 1,4\%$), одышка при физической нагрузке ($2,0 \pm 1,1\%$), боли в грудной клетке ($1,7 \pm 1,1\%$) и снижение слуха.

Вышеуказанные показатели изучены в зависимости от длительности работы в условиях данного производства. При этом было установлено, что по мере увеличения стажа работы частота субъективных проявлений нарастала, причем наиболее заметно у рабочих со стажем уже свыше 10 лет.

Следует отметить, что четко наблюдается выраженная зависимость частоты субъективных проявлений у

лиц основных профессий, по сравнению с контрольной группой.

При общем осмотре кожных покровов установлены единичные случаи экзем и грибковых поражений, которые имели место преимущественно у горнорабочих очистного забоя.

Каких-либо внешних изменений со стороны костно-суставной и мышечной систем не выявлено. У 29 сортировщиков и 21 флотаторщиков были обнаружены пальпаторная болезненность по ходу позвоночника, в плече-лопаточной области и лучезапястных суставах. У бурильщиков (25 человек) было отмечено наличие гингивитов и проявлений парадонтоза.

При объективном исследовании органов дыхания подземных горнорабочих выявлено следующее: у 2 (0,5±0,3%) наблюдалось отставание грудной клетки при дыхании, у 4 (1,0±0,4%) отмечалось ослабленное голосовое дрожание, у 12 (2,9±1,1%) установлено снижение экскурсии легких, у 28 (6,7±1,6%) - перкуторные изменения в легких. Изменение характера дыхания при аускультации (наличие жесткого дыхания, единичных сухих или влажных хрипов) констатировано у 22 (5,3±1,5%) обследованных.

Клинический осмотр грудной клетки работников обогатительной фабрики ГОК показал, что у 1 (0,3±0,1%) выявлено ее отставание при дыхании, у 3 (0,9±0,4%) отмечено ослабленное голосовое дрожание, у 9 (2,6±1,1%) наблюдалось снижение экскурсии легких. Перкуторные изменения в легких выявлены у 20 (5,8±1,9%), аускультативные - у 19 (5,5±1,8%) обследованных.

Со стороны сердечно-сосудистой системы у 15 (3,6±1,5%) обследованных при аускультации сердца определялись изменения звучности сердечных тонов.

При этом отмечали глухость и приглушенность тонов сердца.

В зависимости от профессии наибольшее число этих изменений было установлено в группе рабочих обогатительной фабрики ГОК, которое составило 36 случаев (10,4±2,4%). В то же время артериальная гипертония была выявлена в 12 случаях (2,9±1,1%) у подземных горнорабочих и в 10 (2,9±1,4%) - у работников обогатительной фабрики.

При анализе частоты выявляемости изменений со стороны сердечнососудистой системы в зависимости от стажа работы было также обнаружено, что вышеуказанные нарушения более выражены с его увеличением. Установлено, что данные симптомы обнаруживались преимущественно у рабочих со стажем 15 лет и более.

При исследовании органов брюшной полости установлено, что у 20 рабочих обогатительной фабрики ГОК имеется пальпаторная болезненность в эпигастриальной области (5,8±1,9%) и у 3 (0,9±0,4%) - увеличение границ печени. У подземных горнорабочих данные изменения выявлены значительно реже и составляют 8 случаев (1,9±0,8%) и 1 (0,2±0,1%) соответственно.

Таким образом, при внимательном клиническом анализе субъективных и объективных данных у обследованных рабочих ГОК представляется возможным обратить внимание на весьма частое обнаружение астено-вегетативного синдрома, который почти одинаково встречается независимо от профессиональной принадлежности. Обращает на себя внимание также симптоматика со стороны бронхо-легочного аппарата, выявляемого значительно чаще у подземных рабочих, что указывает вероятную связь на профессиональную обусловленность указанных клинических симптомов.

УДК 616.833+615.814.1

ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Р. Б. Беделманова

ОМО ДКНБ РК по ВКО

Тўжырым

Перифириялык нерв жүйесі ауруда инерекфлекстерапияны қолдану

Сонымен, инерекфлекстерапияны қолдану бел остеохондрозында комплексті емдеумен аналгетикалық әсерін тигізеді диадинамотерапиямен салыстырғанда, және әсері жоғары емдеу мерзімі қысқа.

Summary

Using of reflextherapy in treatment of periphric nervous diseases

Thus, investigations shows, that using reflextherapy in treatment of lumbal osteochondrosis gives analgetic effect, than diadinomotherapy. It is reflected on efficiency and terms of treatment.

Иглорефлексотерапия - является, пожалуй, одним из немногих, если не единственным в медицине методов лечения, который возникнув много веков назад, сохранился и применяется в наше время в форме, очень близкой к исходной. Одной из причин эффективности этого лечения является возможность значительно уменьшить фармакотерапию или полностью обойтись без нее при лечении ряда заболеваний и отсутствия нежелательных побочных эффектов. Доказано как

непосредственно рефлекторное, так и рефлекторно-гуморальное влияние акупунктуры, особенно в связи с современной теорией образования эндоморфинов. Отмечено влияние акупунктуры на тонус кровеносных сосудов с нормализацией гемодинамики в тканях, на тонус поперечно-полосатых мышц на зоны нейростеофиброза. Это воздействие осуществляется различными путями, в частности, путем изменения порога болевой чувствительности в различных отделах нервной систе-

мы. В коре создается доминанта в результате блокирования патологических импульсов с периферии. Метод наиболее эффективен при рефлекторных синдромах, болезненных зонах нейроостеофиброза.

В основе лечебного действия ИРТ лежит воздействие на центральную нервную систему, посредством которой и осуществляется регулирующее и трофическое влияние на нарушенные функции организма. Этим объясняется многогранность и широта применения метода при лечении различных по своему проявлению заболеваний. Сущность чжень-цзю-терапии заключается в воздействии через определенные активные точки тела на соответствующие им внутренние органы. Действенность этого метода объясняется тем, что умеренное раздражение чувствительных окончаний, сосредоточенных в определенных точках кожи, мышц и других тканей через их посредство и нервных стволов, восстанавливает нервную регуляцию в организме, нормализует силу, подвижность и уравновешенность процессов возбуждения и торможения, и именно потому, что лечебное воздействие иглоукалывания и прижигания осуществляется рефлекторным путем через нервную систему, контролирующую деятельность всего организма в целом, оно не ограничивается только областью той или иной точки и нерва, а зачастую благотворно сказывается на органах, удаленных от места укола. Работами Р.А. Дуриняна (1975) было установлено, что афферентные сигналы от рецепторов кожи, мышц, сухожилий, сосудов и других тканей по волокнам задних корешков вступают в спинной мозг. Здесь на уровне того или иного сегмента происходит активное взаимодействие нейрональных спинальных систем с поступающей афферентацией путем прямого переключения части аксонов на нейроны заднего рога или посылки коллатералей от неперекрывающихся волокон в задние и боковые рога, уже на сегментарном уровне происходит взаимодействие между висцеральной и соматической афферентацией, пройдя уровень спинального сегмента, афферентные импульсы по спиннотеткулярным, спиноталамическим и другим восходящим путям достигают ретикулярной формации ствола мозга и ядер зрительных бугров. Откуда далее они проецируются на кору головного мозга. Вызывая специфически осознаваемые ощущения с различной эмоциональной окраской. Вопросы лечения упорных болевых синдромов поясничного остеохондроза остаются в центре внимания невропатологов. Несмотря на достигнутые успехи, в исследовании данной проблемы, используемые лекарственные во многом малоэффективны. У служащих в возрасте 45 лет проблемы со спиной - частая причина временной потери трудоспособности иногда медленно восстанавливаются нарушенные функции. С целью изучения эффективности применения ИРТ были проведены наблюдения за 20 больными с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза, получавшие консервативную терапию.

Среди наблюдаемых преобладали мужчины(86%) в возрасте от 30 до 50 лет. Течение процесса у всех пациентов носило рецидивирующий или хронически рецидивирующий характер. Лечение проводилось у 86% в

стадии обострения, остальные(14%) проходили лечение в стадии неполной ремиссии. Обследуемые были разделены на 2 группы. Существенно не различающиеся по степени выраженности патологического процесса. Во всех группах ведущим был болевой синдром, сочетающийся со статико-динамическими. Рефлекторными, чувствительными и вегетативно-сосудистыми нарушениями

Первую группу (основную) составили 15 больных, которым с первых дней лечения проводилась иглорефлексотерапия (меридианы мочевого пузыря, почек, селезенки). Применялась тормозная методика. Курс лечения 10 дней 1 раз в день, повторный курс через 10 дней.

Вторая группа больных 5 больных на фоне комплексного лечения получала диадемотерапию и являлась контрольной группой.

Для оценки клинической эффективности лечения использовала трехступенчатую шкалу:

-хороший эффект-отсутствие болевого синдрома, подвижность позвоночника в полном объеме. Синдром Лассега от 75 до 90 градусов;

-удовлетворительный результат-умеренный болевой синдром, подвижность позвоночника ограничена, синдром Лассега от 45-75 градусов;

- неудовлетворительный эффект-отсутствие клинического эффекта.

Применение комплексной терапии с включением ИРТ позволило уменьшить болевой синдром большинства(89%) больных сразу после первой процедуры, в отличие от больных контрольной группы, где указанные изменения выявились у 75% больных. Боль постепенно становилась тупой, ноющей, распространенность ее уменьшалась. Увеличение объема движений в поясничной области (больной руками доставал до середины голени). У больных основной группы отмечалось на 3-4 день лечения, в контрольной группе - на 5-6 день. Симптом Лассега увеличивался до 60-70% у больных основной группы на 7-8 день лечения, в контрольной группе на 10-11 день. Сопоставление результатов лечения обследуемого контингента показало, что хороший эффект выявлен у 75% больных основной группы и 65% у больных контрольной, удовлетворительный результат - у 25% больных основной группы и 15% контрольной. Неудовлетворительный результат лечения, отсутствие клинического эффекта, был отмечен только в контрольной группе в 25 случаях.

Таким образом, исследования показывают, что применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении неврологических проявлений поясничного остеохондроза, позволяет оказывать более выраженный анальгетический эффект, чем применение диадинамотерапии, что отражается на эффективности и сроках лечения.

Литература:

1. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии, - Москва, «Медицина», - 1980 г.
2. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. - Москва - «Медицина», - 1989 г.

УДК 616.24+616.12

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ РАБОЧИХ ТРУДОЕМКИХ ПРОФЕССИЙ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО СВИНЦОВО-ЦИНКОВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Л. М. Амреева

*Восточно-Казахстанский государственный университет им. С. Аманжолова, г. Усть-Каменогорск***Резюме**

В работе проведен анализ результатов исследования функционального состояния системы кровообращения с целью установления физиологических маркеров преморбидного состояния у рабочих свинцово-цинкового производства.

Тұжырым**Қазіргі қорғасын-мырыш өндірістерге шарттарда жұмыс сыйымды мамандықтардың қан айналулар жүйелері функционалдык күйі**

Қорғасын-мырыш өндірісте жұмысшыларда преморбидного күйден физиологиялық таңбалағыштардан айқындаудан мақсатпен қан айналулар жүйелері функционалдык күйлері зерттеулер нәтижелердің талдауы жұмыста өткізілген.

Summary**The professions of contemporary lead-zinc production**

The paper analyzes the results of studies of the functional state of the circulatory system in order to establish the physiological markers of premonitory condition of the workers lead and zinc production.

Состояние функции системы кровообращения, тонко реагирующей на воздействие различных производственных факторов, имеет особенно важное диагностическое значение для работающих в свинцово-цинковом производстве, занятых, как известно, на тяжелых физических работах, в условиях воздействия мощных физических, химических и нервно-эмоциональных стрессоров [1,2].

Исходя из вышеизложенного **целью исследования** явилось изучение функционального состояния системы кровообращения с целью установления физиологических маркеров преморбидного состояния у рабочих свинцово-цинкового производства.

Материалы и методы исследования: Обследованы практически здоровые лица мужского пола в возрасте от 20-ти до 45-ти лет в динамике рабочей смены, из которых основную группу составили - рабочие ведущих профессий свинцово-цинкового завода ОАО "Казцинк" с различным стажем работы в условиях производства (53 человека), контроль - рабочие машиностроительного завода (48 человек). В зависимости от стажа выделены три группы: стаж до 5-ти лет, до 10-ти лет, 10 лет и более. Состояние сердечной деятельности характеризовали при помощи различных индексов и коэффициентов регистрационным и расчетным путем. Проведен анализ биоэлектрической активности миокарда по данным электрокардиографии [1]. Использована группировка обследуемых лиц по уровню функциональных возможностей системы кровообращения – ИФИ [3].

Результаты и обсуждения: Результаты исследования показали, что 22,5% рабочих основной группы имели повышенное АД (в контрольной группе - 15,7%), причем наиболее высокие показатели как систолического (САД), так и диастолического (ДАД) давления отмечались у рабочих старшей стажевой группы – 10 лет и более ($p > 0,05$). Увеличение АД в контрольной группе не было достоверным. Основные показатели нагнетательной функции сердца (УОС, МОС, СИ) в основной группе были снижены сравнительно с контролем ($p < 0,05$). Важно отметить также, наблюдавшееся в период рабочего дня увеличение МОС на фоне отрицательной динамики УОС (за счет увеличения ЧСС - неэкономный режим работы ССС) в основных группах обследуемых со стажем работы до 5-ти лет и 10 лет и более, что является неблагоприятным признаком снижения адаптивных возможностей системы кровообра-

щения. Во всех изучаемых стажевых группах рабочих было выявлено уже в исходном состоянии (перед началом работы) повышенное СДД по сравнению с нормативами для соответствующего возраста и контрольной группой.

Проводя сравнительную оценку параметров электрокардиографии (ЭКГ) следует отметить следующие ее особенности у лиц основных стажевых групп: с увеличением производственного стажа интервал PQ в основной группе обследуемых достоверно возрастал от 0,14 сек±0,03 сек до 0,17 сек±0,004 сек ($p < 0,01$). Кроме того, в динамике рабочего дня в младшей (стаж до 5-ти лет) и средней (стаж до 10-ти лет) стажевой группах данный интервал достоверно увеличивался к середине смены от 0,14 сек±0,002 сек до 0,15 сек±0,003 сек ($p < 0,05$) и от 0,15 сек±0,004 сек до 0,17 сек±0,004 сек ($p < 0,01$) соответственно, а после работы достигал первоначальных величин. В тоже время, у рабочих со стажем 10 лет и более - до и в середине смены PQ оставался на одном и том же уровне, а в конце достоверно увеличивается от 0,16 сек±0,003 сек до 0,17 сек±0,004 сек ($p < 0,05$). Весьма важным отметить, что длительность зубца P и интервала QRS у лиц основной группы также более значительно возрастало с увеличением стажа работы. Причем с увеличением стажа работы величина изменения этих показателей в динамике рабочего дня уменьшалась, что может служить подтверждением снижающихся функциональных возможностей ССС. По сравнению с должной величиной у обследуемых основных групп наблюдалось увеличение продолжительности электрической систолы (интервал QT) более чем на 0,03 секунды, которое сохранялось даже при возрастании ЧСС (в норме должна снижаться). Данная разница была более выражена у лиц основной группы со стажем 10 лет и более, чем в контроле (0,01-0,02 секунды). Систолический показатель обследуемых основных групп достоверно был ниже ($p < 0,01$), чем в контроле, что указывает на снижение сократительной способности миокарда у обследованных рабочих и подтверждает данные изменения показателей центральной гемодинамики (УО и МОС). В тоже время по сравнению с должной величиной СП был выше, и его увеличение мало зависело от частоты сердечного ритма. Приведенные исследования показали, что изменения ЭКГ в различной степени выраженности были выявлены у 44,5% рабочих ведущих профессий (в контроле 20,1%). При изучении

биоэлектрической активности миокарда у лиц основной группы было установлено достоверное удлинение продолжительности зубца Р, комплекса QRS, интервала QT сравнительно с контролем ($p < 0,05$). В большинстве случаев (34,1%) у рабочих СЦП определялись изменения зубца Т (снижение, уплощение, инверсия, значительно реже - увеличение). В 21,5% случаев были установлены нарушения проводимости от умеренных до выраженных. Нарушения ритма, чаще синусовая брадикардия и аритмия определялись в 17% случаев. Удлинение электрической систолы более чем на 0,03 секунды от должной регистрировались у 15,3% рабочих цинкового производства. Значения показателя ИФИ в основных группах обследуемых достоверно превышали таковые в контрольных группах ($p < 0,01$). Уже при стаже до 5-ти лет у рабочих ИФИ изменялся от 2,5 балла \pm 0,044 балла до 2,7 балла \pm 0,09 балла, что свидетельствует о состоянии функционального напряжения ССС. В группе рабочих со стажем до 10-ти лет ИФИ колебался в пределах 2,45 балла \pm 0,06 балла - 2,68 балла \pm 0,08 балла, а у лиц со стажем 10 и более лет - 2,83 балла \pm 0,07 балла - 2,93 балла \pm 0,11 балла.

Заключение. Неблагоприятные условия свинцово-цинкового производства играют существенную роль в формировании функционального напряжения и повышенного риска сердечно-сосудистой патологии у рабочих трудоемких профессий: нарушения биоэлектрической активности и сократительной способности миокарда, напряжение обоих звеньев вегетативного обеспече-

ния регуляции ССС, изменение сосудистого тонуса и центральной гемодинамики, выраженность которых находилась в прямой зависимости от стажа работы в производстве. Для выявления доклинических форм заболеваний ССС необходимо учитывать значения показателей ИФИ. Степень изменений ССС зависела от стажевой экспозиции в условиях производства.

Литературы:

1. Мурашко В.В. Электрокардиография / Мурашко В.В., Струтынский А.В. - М.: Медицина, 1987. - 121 с.
2. Руководство к лабораторным занятиям по гигиене труда / Под ред. Кириллова В.Н. - М.: Медицина, 2001. - С. 45-50.
3. Оценка функциональных возможностей системы кровообращения при динамическом контроле за состоянием здоровья студентов / Метод. рекомендации под ред. Ермакова Н.В., Берсенева А.П. - М.: РУДН, 1994. - 15с.
4. Epstein F.H. Cardiovascular disease Epidemiology / Epstein F.H. - A Journey from the past in to the Future // Circulation. - 2004. - Vol. 88, Iss. 4. - P. 8.
5. Scot D.A. Studies on pancreas and liver of normal and zinc-fed cats / Scot D.A. - Amer. J. Physiol. // Fisher A.M. - 2006. - Vol. 121. - P. 253-260.
6. Чекоданова Н.В. Исследование сердечно-сосудистой системы / Чекоданова Н.В. - Л., 2000. - С. 127-129.

УДК 613.99: 502/504 (574.42)

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА КАЗАХСТАНА

Н. С. Ибраев

*Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности
МЗ РК по ВКО, г. Усть-Каменогорск*

Резюме

В данной работе автор дал оценку качеству оказания медицинской помощи женскому и детскому населению промышленного региона Казахстана, а так же проводимым профилактическим мероприятиям, направленным на совершенствование охраны репродуктивного здоровья. Состояние здоровья матери и ребенка являются индикатором экологического неблагополучия региона и могут быть моделью для оценки влияния факторов среды на организм человека.

Тұжырым

Экологиялық қолайсыз өнеркәсіптік қазақстан орталыққа шарттарда ананың және балалардың денсаулықтары қорғауы

Осы жұмыста автор Қазақстанның өнеркәсіптік өңірдің әйел және бала тұрғын халыққа дәрігерлік көмектер көрсетулер сапаға бағаны берді, ал осылай қайта жасау денсаулықтарға қорғауларға әбден жетілдіруге бағыттаған өткізхатын алдын алу шараларға. Ананың және бөпенің денсаулықтары күйі өңірдің экологиялық сәтсіздіктері индикатормен келіп жатыр және адамға организмге орта факторлар ықпал баға үшін үлгімен бола алады.

Summary

Health of mother and child in the center of industrial environmentally unfriendly Kazakhstan

In this paper, the author evaluated the quality of care and a female child population of the industrial region of Kazakhstan, as well as of preventive measures aimed at improving reproductive health. The health status of mothers and children is an indicator of ecological trouble in the region and could be a model for assessing the impact of environmental factors on the human body.

Восточно-Казахстанская область является одной из неблагополучных экологических регионов Республики Казахстан, на территории которой локализуется боль-

шое количество промышленных предприятий, загрязняющих воздушный, водный и почвенный бассейны. Состояние здоровья матери и ребенка является инди-

катором неблагоприятного экологического фона, и может быть моделью для оценки влияния факторов окружающей среды на организм человека.

Исходя из вышеизложенного **целью исследования** явилось изучение качества оказания медицинской помощи женскому и детскому населению Восточного региона Казахстана.

Результаты и их обсуждение. Сеть родовспомогательных организаций ВКО состоит из Центра матери и ребенка - ЦМР, Перинатального центра, 3-х родильных домов, 19 родильных отделений в составе многопрофильных больниц. Обеспеченность койками для беременных и рожениц в области составляет - 5,7 на 10 тысяч населения, что ниже в 1,1 раза республиканского показателя - 6,4. Важным достижением улучшения преемственности и координации в оказании помощи матери и ребенку является открытие в 2007 году Центра матери и ребенка на 485 коек на базе детской областной больницы и Перинатального центра г. Усть-Каменогорска. Центр матери и ребенка является крупнейшим в области лечебным учреждением для оказания экстренной и плановой помощи детям и женщинам. В области сохраняется положительный баланс народонаселения: рост рождаемости. Увеличение рождаемости отражается на уровне материнской смертности, последний является интегральным показателем, который коррелируется с социально-экономическим уровнем развития общества и уровнем развития здравоохранения.

Вследствие экологического неблагополучия в ВКО зарегистрирован высокий процент врожденных пороков развития среди новорожденных детей. С 2004 года все беременные обследуются на внутриутробное инфицирование плода, инфекции, передающиеся половым путем, врожденные пороки развития. Выполнение Государственной программы обследования беременных на инфекции, передающиеся половым путем, внутриутробные инфекции, врожденные пороки развития - реальное решение вопросов снижения перинатальной и материнской смертности. В области отмечается снижение в 2,5 раза удельного веса врожденных пороков развития в структуре перинатальной смертности. Отбор беременных, входящих в группу риска по врожденным порокам развития проводится на уровне организаций первичной медико-санитарной помощи, затем при наличии показаний беременные направляются на консультацию к врачу генетику.

В медико-генетической лаборатории ВКО медицинского объединения (ВКОМО) проводится учет, регистрация случаев врожденных пороков развития, скрининг наследственных, хромосомных заболеваний, медико-генетическое консультирование. При выявлении врожденных пороков развития и противопоказаний к вынашиванию беременности, женщины направляются на прерывание беременности по медицинским показаниям. Кроме того, внедряется метод пренатальной диагностики - биопсия хориона, приобретаются необходимые инструменты, оборудование.

Для реализации программы по планированию семьи и подготовки к безопасному материнству в школах, учебных заведениях области проводятся занятия по нравственно-половому воспитанию, внедрению санитарно-гигиенических навыков среди девочек-подростков. Организован прием девочек и девочек-подростков 6 детскими врачами акушерами-гинекологами, стационарная помощь осуществляется на детских гинекологических койках в гг. Усть-Каменогорске, Семей, Аягозе.

Создавшееся неблагоприятное состояние окружающей среды отрицательно влияет на генетический груз популяции региона и повышает вероятность рождения детей с наследственной патологией и врожденными аномалиями развития. По данным ряда исследователей большинство антропогенных факторов обладает безпороговостью и одномоментностью действия на организм человека, способностью к кумуляции, что дает основание относить врожденные пороки к группе экологически зависимых заболеваний [1,2].

С целью профилактики врожденных пороков развития и улучшения информированности населения по вопросам медико-генетической службы организованы 42 школы молодой семьи, 68 школ молодой матери. По утвержденной программе проводятся беседы, лекции, занятия. Отбор беременных, входящих в группу риска по ВГП (врожденные пороки развития) производится в первичном звене, затем следует консультация генетика. При необходимости, беременная женщина направляется в генетическую лабораторию Научного центра акушерства и гинекологии г. Алматы по квоте. В области между родильными домами, семейными врачебными амбулаториями и детскими больницами в рамках преемственности при оказании специализированной помощи, после консультации профильных специалистов ЦМР, дети по показаниям переводятся в стационары детских больниц или клинический учебный Центр Семипалатинской медицинской академии. На базе Центра матери и ребенка и клинического учебного Центра Семипалатинской медицинской академии для оказания организационно-методической и практической помощи населению области организованы две передвижные женско-детские консультации. Высокоспециализированная помощь женщинам области по квотам оказывается в Республиканском научно-исследовательском Центре охраны здоровья матери и ребенка и Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии в г. Алматы (около 80-ти женщин ежегодно), в Республиканской детской клинической больнице «Аксай» г. Алматы; в Научном Центре педиатрии и детской хирургии г. Алматы. Для оказания неотложной и экстренной помощи беременным и детям области функционирует служба санитарной авиации. Для обслуживания рожениц и детей из труднодоступных и отдаленных районов области с 2005 года работает филиал санитарной авиации в г. Семей. Лекарственное обеспечение в родильных стационарах области - 100 %. Продолжаются профилактические осмотры детей и женщин 15-49 лет. В детской поликлинике на базе КГКП «Центр матери и ребенка» введены койки дневного пребывания для больных детей, кабинеты реабилитации и плавательный бассейн, функционирует амбулаторно-поликлинический офтальмологический центр с кабинетом охраны зрения, где дети на амбулаторном уровне, могут получить аппаратное лечение при заболеваниях органов зрения (миопия, спазм аккомодации, амблиопия). Для детей-инвалидов и больных хроническими заболеваниями работают «Школы» бронхиальной астмы, сахарного диабета, эпилепсии.

В консультативно-диагностической поликлинике КГКП «Центр матери и ребенка» организован офтальмологический центр с кабинетом охраны зрения; работает «Школа больных бронхиальной астмой», школа «Диабет». Все дети, больные сахарным диабетом снабжены глюкометром, шприц-ручкой и инсулином, средствами самоконтроля (тест-полоски). В апреле 2007 года открыта «Школа эпилепсии» для больных эпилепсией. Развивается детская аллергологическая служба, открылось аллергологическое отделение. Для

оказания практической и методической помощи женскому и детскому сельскому населению 2-мя передвижными женско-детскими бригадами осуществляются выезды в районы. По области медицинскими работниками уделяется большое внимание вопросам планирования семьи. В каждом районе отработана система оказания медицинского консультирования по планированию семьи, прерыванию беременности при наличии социальных и медицинских показаний, определены учреждения по прерыванию беременности при больших сроках с целью недопущения материнской смертности от абортов, в том числе криминальных.

Таким образом, профилактическим мероприятиям, направленным на совершенствование охраны репродуктивного здоровья, предупреждение распространения

ИППП и незапланированной беременности во всех лечебно-профилактических организациях Восточно-Казахстанской области, а также на всех этапах оказания медицинской помощи уделяется большое внимание как одному из приоритетных и важных направлений здравоохранения.

Литература:

1. Экология и репродуктивное здоровье женщин Казахстана. - Алматы, 2001.-211 с.
2. Целкович Л.С., Рогачёва В.С. Репродуктивная функция у женщин, в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды // Акушерство и гинекология. - 1998. - № 2 - С. 24-27.

УДК 616.9-022.363-084(076.1)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА

Г. Н. Кызыметова, С. К. Касымбекова

РГКП «ВК О ЦСЭЭ» КГСЭН МЗ РК, г. Усть-Каменогорск

Резюме

Актуальность проблемы внутрибольничных инфекций определяется широким распространением их в медицинских учреждениях различного профиля и значительным ущербом, наносимым этими заболеваниями здоровью населения. В работе проведен углубленный анализ распространенности внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях Восточно-Казахстанской области с учетом локализации патологического процесса, половой принадлежности, возраста, типа лечебно-профилактического учреждения в трехлетний период с определением удельного веса и интенсивного показателя.

Тұжырым

Аурухана аралық инфекциялардың Шығыс Қазақстан өлкесіндегі эпидемиологиялық мінездемесі

Аурухана аралық инфекциялардың мәселесінің өзектілігімен олардың әр түрлі профиль медициналық мекемелеріндегі кең таратумен анықталады және тұрғынның денсаулығына бұл ауру келтіретін түбегейлі залалмен. Жұмыста меншікті салмақ және қарқынды көрсеткіштің анықтауы бар үш жылдық мерзіміне патологиялық процестің оқшау бөлігінің есепке алуы бар шығыс - Қазақстандық облысы, жыныс тиістілігі, жас шамасы, емдік-алдын алу мекеменің түрінің емдік-алдын алу мекемелеріндегі аурухана аралық инфекциялардың көп таралғандығы терең талдау жүргізілген.

Summary

The epidemiological characteristic of intrahospital infections in East region of Kazakhstan

The urgency of a problem of intrahospital infections is defined by their wide circulation in medical institutions of a various profile and the considerable damage put by these diseases to health of the population. In work the profound analysis of prevalence of intrahospital infections in treatment-and-prophylactic establishments of the East Kazakhstan area taking into account localization of pathological process, a sex, age, type of treatment-and-prophylactic establishment during the three-year period with definition of relative density and an intensive indicator is carried out.

Актуальность проблемы внутрибольничных инфекций (ВБИ) определяется широким распространением их в медицинских учреждениях различного профиля и значительным ущербом, наносимым этими заболеваниями здоровью населения.

ВБИ не просто определяют дополнительную заболеваемость: они увеличивают продолжительность лечения и приводят к возрастанию расходов на госпитализацию, вызывают долговременные физические и неврологические осложнения, нарушение развития, нередко приводят к гибели пациентов. Обычно проявления инфекции отмечаются через 48 ч после госпитализации [1].

Рост заболеваемости ВБИ обусловлен рядом причин: демографическими изменениями в обществе, прежде всего увеличением удельного веса лиц старше-

го возраста, увеличением числа лиц, относящихся к контингентам повышенного риска (больные хроническими заболеваниями, недоношенные новорожденные и другие); формированием и широким распространением полирезистентных к антибиотикам внутрибольничных штаммов условно-патогенных микроорганизмов, отличающихся более высокой вирулентностью и повышенной устойчивостью к воздействию факторов внешней среды, в том числе к дезинфектантам; внедрением в практику здравоохранения более сложных оперативных вмешательств, широким применением инструментальных методов диагностики и лечения, частым использованием терапевтических средств, подавляющих иммунную систему, нарушением санитарно-гигиенического и противозидемического режимов [2].

Исследование превалентности, проведенное под эгидой ВОЗ в 55-ти лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) 14-ти стран мира, показало, что в среднем 8,7% (3—21%) госпитализированных пациентов имели внутрибольничную инфекцию. В любой момент времени более 1,5 млн. людей во всем мире страдают от инфекционных осложнений, приобретенных в ЛПУ [3].

В зависимости от действия различных факторов, частота возникновения внутрибольничных инфекций колеблется в среднем от 3 до 5%, в некоторых группах пациентов высокого риска эти показатели могут быть на порядок выше. За год регистрируется около 2-х млн. случаев внутригоспитальной инфекции, что вызывает огромные финансовые расходы.

Тяжесть ситуации усугубляется тем, что возникновение внутрибольничных инфекций приводит к появлению и распространению резистентности к противомикробным препаратам, при этом проблема антибиотико-резистентности выходит за пределы медицинских учреждений, затрудняя лечение инфекций, распространяющихся среди населения.

Внутрибольничные инфекции регистрируют повсеместно, в виде вспышек или спорадических случаев. Практически любой пациент стационара предрасположен к развитию инфекционных процессов. ВБИ характеризуют высокая контагиозность, широкий спектр возбудителей и разнообразные пути их передачи; возможность вспышек в любое время года, наличие пациентов с повышенным риском заболевания и возможность рецидивов [4].

Особенности эпидемического процесса при внутрибольничной инфекции зависят от свойств возбудителя, типа учреждения, контингента больных, качества организации медицинской помощи, санитарно-гигиенического и противозидемического режимов.

Источниками инфекции являются:

- больные острой, стёртой или хронической формой инфекционных заболеваний, включая раневую инфекцию, а также носители различных видов патогенных и условно-патогенных микроорганизмов;
- медицинский персонал (врачи, медицинские сестры, санитарки);
- носители, а также страдающие манифестными или стёртыми формами инфекций;
- матери (в основном в акушерских стационарах и отделениях для детей раннего возраста) - носители или больные.

Большое значение при переносе инфекции от одного пациента к другому играют руки обслуживающего больного персонала. Медицинский персонал должен мыть руки до и после выполнения всех манипуляций пациентам, выделенным в группу высокого риска развития ВБИ. Мытьё рук и использование перчаток не исключают друг друга. Причём, мытьё рук после снятия перчаток также необходимо, так как они могут быть незаметно порваны или содержать невидимые трещины или повреждения.

Необходимо отметить значительное обсеменение объектов окружающей среды вследствие активной циркуляции госпитальных штаммов условно-патогенной микрофлоры между больными и персоналом, способствующее формированию нового контингента носителей.

Иначе говоря, происходит естественный кругооборот условно-патогенной микрофлоры по схеме «медицинский персонал (больные) => внешняя среда => медицинский персонал (больные)», поддерживающий постоянный эпидемический процесс в ЛПУ.

Не меньшее значение имеют медицинские манипуляции и их характер. Часто ВБИ возникают после оперативных вмешательств и инвазивных лечебных и диагностических процедур (например, катетеризация вен и мочевого пузыря). Определённый вклад вносит новая медицинская аппаратура, требующая особых методов стерилизации [5, 6].

Исходя из вышеизложенного, *целью исследования* явилась оценка распространенности внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях Восточно-Казахстанской области в период с 2007 г. по 2009 г.

Объем и методы исследования. Проведен углубленный анализ распространенности внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях Восточно-Казахстанской области с учетом локализации патологического процесса, половой принадлежности, возраста, типа лечебно-профилактического учреждения в трехлетний период с определением удельного веса и интенсивного показателя.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период в трехлетней динамике было зарегистрировано всего 58 случаев внутрибольничной инфекции, в том числе в 2007 г и 2008 г. – одинаковое количество случаев – по 24, в 2009 году наблюдалось снижение на 41,7 % - до 14-ти случаев, интенсивный показатель на 1000 госпитализированных больных составил 0,1; 0,11 и 0,07 соответственно (таблица 1).

Таблица 1 - Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями по ВКО в динамике 2007-2009 гг.

Зарегистрировано ВБИ	Исследуемый период, годы		
	2007	2008	2009
Всего	24	24	14
Показатель на 1000 госпитализированных	0,10	0,11	0,07
В т.ч. лабораторно подтверждено	22	21	10
Удельный вес, %	91,7	87,5	71,4

Анализ имеющихся литературных данных показывает, что в структуре ВБИ выявляемых в крупных многопрофильных ЛПУ, гнойно-септические инфекции (ГСИ) занимают ведущее место, составляя до 75% от их общего количества. Наиболее часто ГСИ регистрируются у больных хирургического профиля, в особенности, в отделениях неотложной и абдоминальной хирургии, травматологии и урологии.

Анализ локализации патологического процесса ВБИ в областном масштабе так же показал распространенность гнойно-септических инфекций, удельный вес которой в период с 2007 г. по 2009 г. варьировал в пределах 70,8-78,6 % случаев (таблица 2).

Наименьший уровень ВБИ зафиксирован для инфекции мочевыводящих путей, которая по данным лабораторных исследований была обнаружена только в 2008 году и составила 4,2 % всех случаев ВБИ.

Таблица 2 – Характеристика локализации патологического процесса ВБИ

Локализация патологического процесса	Исследуемый период, годы					
	2007		2008		2009	
	1	2	1	2	1	2
ГСИ	18	75,0	17	70,8	11	78,6
Инфекция мочевыводящих путей	0	0	1	4,2	0	0,0
Инфекция дыхательных путей	0	0	2	8,3	1	7,1
Другие	6	25,0	4	16,7	2	14,3

Примечание:

- 1 – абсолютный показатель
- 2 – удельный вес, %

Структурный анализ ВБИ в многопрофильных стационарах специфичен и определяется коечной ёмкостью, профилем и характером проводимого в ЛПУ лечения, а также нозологией и возрастным составом госпитализируемых.

Оценка результатов исследования по профилю ЛПУ определила высокий удельный вес ВБИ в родовспомогательных учреждениях региона, на базе которых в 2007 году зарегистрировано 22,2 % случаев, в 2008 – 52,9 %, в 2009 – 45,5 % всех случаев ВБИ (таблица 3).

Таблица 3 – Распространенность ВБИ в зависимости от профиля ЛПУ

Лечебно-профилактические учреждения	Исследуемый период, годы					
	2007		2008		2009	
	1	2	1	2	1	2
Хирургический стационар	3	16,7	0	0,0	0	0,0
Родовспомогательное учреждение	4	22,2	9	52,9	5	45,5
Постинъекционные осложнения	10	55,6	8	47,1	6	54,5
Другие ЛПУ	1	5,6	0	0,0	0	0,0

Примечание:

- 1 – абсолютный показатель
- 2 – удельный вес, %

Обращает на себя внимание различие в показателях распространенности ВБИ по половой принадлежности. Результаты исследования по половому признаку определили преобладание зарегистрированных случаев ВБИ среди мужского населения области. Так, в 2007

году удельный вес ВБИ среди мужчин составил 66,7 % против 33,3 % у женщин, в 2008 году - 50% против 50 % соответственно; в 2009 году – 57,1 % против 42,9 % соответственно (рисунок).

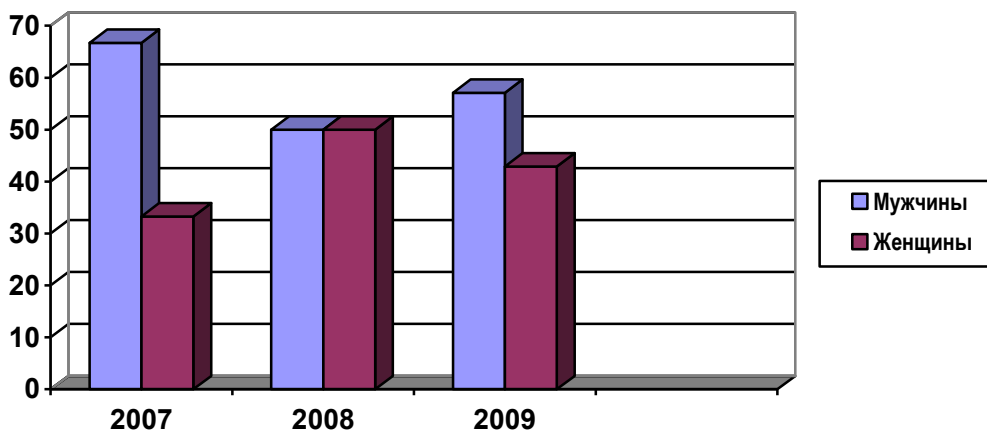


Рисунок – Распространенность ВБИ в зависимости от половой принадлежности в 2007-2009 гг.

Эпидемиологический анализ результатов исследования ВБИ в зависимости от возрастного критерия определил наиболее уязвимые для возникновения ВБИ группы населения – дети в возрасте 1-14 лет и до 1 месяца (таблица 4).

ВБИ вызываются большой группой микроорганизмов, которая включает представителей патогенных и

условно-патогенных микроорганизмов. Основная масса ВБИ на современном этапе вызывалась условно-патогенными возбудителями, к которым относятся стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, протей, клебсиеллы, кишечная палочка, сальмонеллы, энтеробактер, энтерококки, серрации, бактероиды, клостридии, кандиды и другие микроорганизмы.

Таблица 4 – Эпидемиологическая характеристика ВБИ в зависимости от возрастного показателя в 2007-2009 гг.

Возрастной критерий	Исследуемый период, годы					
	2007		2008		2009	
	1	2	1	2	1	2
до 1 месяца	4	16,7	8	33,3	4	28,6
от 1 месяца до 1 года	0	0,0	1	4,2	1	7,1
1-14 лет	8	33,3	4	16,7	2	14,3
15-49 лет	6	25,0	6	25,0	3	21,4
старше 50-ти лет	6	25,0	5	20,8	4	28,6

Примечание:

1 – абсолютный показатель

2 – удельный вес, %

Заключение. Таким образом, полиэтилогичность ВБИ и многообразие источников их возбудителей определяют многообразие механизмов, путей и факторов передачи, имеющих свою специфику в стационарах различного профиля. Комплекс дезинфекционно-стерилизационных мероприятий, направленных на уничтожение всех вегетативных споровых форм микроорганизмов в воздухе функциональных помещений и палатных секций, на объектах в окружении больного, изделиях медицинского назначения, сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом требований противозидемического режима предотвратит профессиональную заболеваемость сотрудников, что позволит в значительной степени снизить риск заболевания ВБИ и сохранить здоровье больным.

Литература:

1. Семина Н. А. Актуальные вопросы эпидемиологии инфекционных болезней. – М.: Медицина, 1999. – 127 с.
2. Шерертц Н., Хэмптон У., Ристучина А. Внутрибольничная инфекция / Под ред. Р. П. Венцела. – М.: Медицина, 1990. – 503 с.
3. Медицинская микробиология / Под ред. акад. РАМН В.И. Покровского. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 692 с.
4. Профилактика внутрибольничных инфекций: Руководство для врачей. / Под ред. Е. П. Ковалевой, Н. А. Семиной. – М.: Медицина, 1993. – 238 с.
5. Яфаев Р. Х., Зуева Л. П. Эпидемиология внутрибольничной инфекции. – Л.: Медицина, 1989. – 436 с.

УДК 613.632+616.2

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ НА СВИНЦОВОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

Л. М. Амреева

Восточно-Казахстанский государственный университет им. С. Аманжолова, г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье проведен анализ состояния бронхолегочной системы рабочих свинцового производства. Условия труда свинцового производства могут вызвать снижение эластичности легочной ткани пневмосклеротического характера, поражение мелких бронхов и бронхиол с нарушением их проходимости, ведущими, в свою очередь, к возникновению гипоксемии.

Тұжырым

Жұмыс істейтін қорғасын өндірістер тыныстар жүйелер күйлер бағасы

Мақалада жұмыс қорғасын өндірістер тыныстар жүйелер күйлер талдауы өткізілген. Қорғасын өндірістер еңбектің шарттары пневмосклеротического сипаттың өкпе кездемелер икемділіктер төмендетуі шақыра алады, олардың өткізгіштігінен бұзушылықпен майда қолқаларлардың және бронхиолдардың ұтылу, бастаушы, өзінің кезекке, қанда оттегінің азаяуыға пайда болуға.

Summary

Assessment of working bronchopulmonary lead production

The article analyzes the state of the bronchopulmonary system of workers of lead production. Working conditions lead production can cause a decrease in the elasticity of lung tissue pneumosclerotic character, defeat the small bronchi and bronchioles, in violation of their cross-country, leading in turn to the emergence of hypoxemia.

Технологические процессы свинцового производства являются мощными источниками пылегазовыделений. Аэрозоли сложного химического состава цеха, содержащие значительные количества Pb, Zn, SiO₂, Cu, As, Sb, Cd, Fe, S и др., способны оказывать весьма неблагоприятное воздействие на организм работающих. При этом, одним из основных путей поступления химических соединений в организм являются органы дыхания. Становясь своеобразной "мишенью" для полиме-

таллической пыли и газов, неблагоприятных метеословий и других вредных факторов бронхолегочная система может претерпевать различные функциональные и структурные изменения [1,2].

В этой связи, *цель исследования:* оценка состояния дыхательной системы у рабочих свинцового производства в динамике производственного стажа.

Материалы и методы исследования: изучены условия труда свинцового завода ОАО "Казцинк", струк-

тура заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Проведено углубленное изучение системы органов дыхания рабочих основных профессий свинцового производства с применением клинических, рентгенографических, бронхоскопических и функциональных методов исследований. Оценка вентиляционной функции легких проводилась методом компьютерной спирографии прибором «Comrad Prolinea 4/25s» по общепринятой методике в динамике профессионального стажа (до 5-ти лет, до 10-ти лет, 10 лет и более)

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований воздушной среды, показали, что фактически на всех технологических переделах в зону дыхания работающих выделяется комплекс аэрозолей, содержащий в своем составе: Pb-32,0%, Zn-8,0%, SiO₂-3,0%, Cu-4,7%, As-2,1%, Sb-3,4%, Cd-0,1%, Fe-6,5%, S-14,0% и других. При этом, концентрации некоторых из них значительно превышали ПДК. Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности показал, что болезни органов дыхания рабочих свинцового производства занимают первое место и являются причиной 44,5% случаев нетрудоспособности.

Результаты спирографии показали достоверное снижение ($p > 0,05$) жизненной емкости легких (ЖЕЛ) у рабочих ведущих профессий, что свидетельствует о возникновении нарушений в состоянии легочной паренхимы. Процент от должной ЖЕЛ в младшей стажевой группе составил $74,5 \pm 3,7$ в начале смены и $73,2 \pm 1,6$ – после смены, в старшей стажевой группе – $69,3 \pm 3,3$ и $66,9 \pm 2,4$ соответственно.

Анализ функционального состояния скоростных параметров внешнего дыхания - объема форсированного выдоха (ОФВ₁) и индекса Тиффно (ИТ) выявил снижение этих показателей у обследованных основной группы как в динамике производственной деятельности, так и в процессе трудовой смены. Это позволяет предположить формирование obstructивных изменений бронхиального дерева в основной группе. В группе со стажем до 5-ти лет значения ИТ в начале смены соответствовали $111,2 \pm 20,3$ % от должной, после смены – $106,6 \pm 16,4$ %, при стаже от 5-10 лет – $97,7 \pm 17,3$ % и $70,7 \pm 12,1$ % соответственно, а в старшей стажевой группе изменялись от $80,7 \pm 19,8$ % в начале смены до $68,8 \pm 9,8$ % после трудового дня. Анализ спирограмм показал нарушение бронхиальной проходимости, что выразилось в снижении объемных скоростей воздушно-потока на всем протяжении бронхиального дерева с преобладанием на уровне дистальных отделов.

Результаты медицинских обследований рабочих показали, что значительный процент жалоб, предъявляемых рабочими, приходился на систему органов дыхания. При этом наибольший удельный вес падал на одышку, боли в грудной клетке, кашель. При везикальном обследовании рабочих у 32% отмечали коробочный оттенок перкуторного звука, особенно в передне-верхних и нижне-боковых отделах грудной клетки. При аускультации у 11,5% обследованных наблюдалось жесткое дыхание, у 8,6% - сухие и у 7,4% - влажные хрипы, ослабленное дыхание прослушивалось у 21,0% осмотренных, ограничение подвижности нижних легочных краев - у 5,9%.

Данные рентгенографии грудной клетки указывали на возможность развития патологии органов дыхания. Из 52-х обследуемых у 17-ти определялась регионарная деформация и усиление легочного рисунка, у 9-ти рабочих обнаружались узелковые и у 6-ти - интерстициальные тени, у 5-ти обследованных отмечалось сниже-

ние пневматизации с расширением ветвей легочной артерии. У 1/4 части рабочих свинцового производства выявлялись рентгенологические признаки пневмосклероза легких, увеличивающихся со стажем работающих.

В основе механизма действия полиметаллической пыли на легочную ткань, по-видимому, лежит раздражающий и токсический эффекты аэрозолей, способные привести к развитию воспалительных реакций с признаками токсического пневмосклероза, на фоне которого развивается диффузно-склеротическая форма пневмокониоза. Подобный эффект обусловлен резорбтивным действием высокотоксичных металлов (свинца, цинка, мышьяка и других). Местный и общий токсический эффект аэрозолей на легочную ткань обусловлен мембраноповреждающим действием, в результате которого могут возникать нарушения метаболических процессов в мононуклеарных фагоцитах. Гибель фагоцитов и высвобождение частиц аэрозолей может ослабить защитную функцию легких.

При бронхоскопическом исследовании имели место морфологические симптомы поражения бронхов: цилиндрические расширения и деформация, отсутствие контрастирования мелких бронхов, заполнение протоков слизистых желез, остановка продвижения контрастного вещества на уровне бронхов третьего-пятого порядка и отсутствие смещаемости. У 6-ти рабочих наблюдалась картина диффузного атрофического эндобронхита, а у 4-х - стенозирующе-деформирующего трахеобронхита.

Развивающиеся под воздействием твердых аэрозолей, окиси кремния и сернистого ангидрида морфологические изменения слизистой бронхов и бронхиол способны приводить к нарушению функционирования и гибели секреторных клеток Кларка, которые участвуют в образовании фосфолипидов, и, возможно, в выработке сурфактанта. Под воздействием промышленных аэрозолей нарушения в сурфактантной системе могут способствовать сужению мелких дыхательных путей, увеличению их сопротивления и даже полному закрытию, что в конечном итоге снижает эффективность вентиляции легких.

Структурные изменения в клетках трахеобронхиального дерева при воздействии аэрозолей способны привести к замещению призматического мерцательного эпителия клетками плоского эпителия, а нарушения мукоцилиарного транспорта - к задержке секрета в просвете бронхов, изменению его состава, повышению вязкости. Вследствие этого может наступить ухудшение выведения токсических веществ ингаляционным путем и постепенное накопление их в организме рабочих. Кроме этого, на фоне интенсивного физического труда, высокая гипервентиляция рабочих сопровождается увеличением потребления воздуха производственных помещений, ведущим к повышению пылегазовой нагрузки организма. В конечном итоге количество токсических веществ в организме рабочих может стать опасным, вследствие превышения критического уровня массы ингалируемых аэрозолей.

Таким образом, выделяющийся в воздушную среду пылегазовый комплекс в условиях свинцового производства, оказывает существенное влияние на бронхолегочную систему работающих, что сопровождается диффузным поражением бронхов с нарушением их проходимости, снижением эластичности легочной ткани пневмосклеротического характера, нарушением мукоцилиарного транспорта.

УДК: 616-39.4-053.2+614.8.015

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ г.СЕМЕЙ

Г. Т. Камашева, Д. К. Файзуллина, С. А. Скакова, К. К. Анапиева
 Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

Целью нашего исследования было изучение психологических особенностей часто болеющих детей г.Семей. Обследование проведено у всех ЧБД основной группы клинического обследования (52 – в возрасте 7-11 лет и 54 – 12-14 лет) и у 47 и 50 детей контрольной группы (ЭБД) соответственно.

Нами были выявлено существенное повышение уровня реактивной и личностной тревожности у часто болеющих детей, отклонения показателей родительского отношения от уровня контрольной группы.

Тұжырым**Семей қаласының жиі ауыратын балаларының психологиялық ерекшеліктері**

Біздің жұмысымыздың мақсаты Семей қаласы жиі ауыратын балаларының психологиялық ерекшеліктерін тексеру болды. Тексеру жиі ауыратын балалардың барлық негізгі топтарында жүргізілді (7-11 жастағы 52 бала және 12-14 жастағы 54 бала). Бақылау тобын осы жас ерекшеліктерге сай сирек ауыратын 47 және 50 бала құрды. Жиі ауыратын балаларда реактивті және жеке басының қобалжушылығының артқандығы және бақылау тобына карағанда ата-аналардың қамқорының ауытқулары бар екендігі анықталды.

Summary**Psychological features of frequently falling ill children in Semey city**

The aim of our investigation was studying of psychological features of frequently falling ill children (FFICH) in Semey city. All FFICH of basic group of clinical research (52 – at age from 7 to 11 years old and 54 – 12-14 years old) and 47 from 50 children from control group were examined.

During this research were revealed increasing the level of reactive and personal anxiety of frequently falling ill children, deviation the level of parents' relation from the level of control group.

Многие исследователи обращают особое внимание на проблему воспитания и образования детей, страдающих различными соматическими заболеваниями [Румянцев А.Г., Подольский А.И. и соавт., 2003; Макушина О.П., 2002], отмечая важную роль семьи в становлении и развитии личности ребенка. При этом к соматически больным детям относятся дети с заболеваниями внутренних органов, а также часто болеющие дети (ЧБД). Этот интерес объясняется тем, что у таких детей легко нарушается равновесие с окружающей средой из-за расстройства их внутреннего равновесия, обусловленного заболеванием. Необходимость рассмотрения проблем этой категории детей с позиций психологии определяется наличием в анамнезе у большинства ЧБД психотравмирующей ситуации [Арина Г.А., Коваленко Н.А., 1995; Михеева А.А., 1999], прямой зависимостью между степенью выраженности неблагоприятных социально-психологических воздействий и частотой эпизодов острых респираторных заболеваний (ОРЗ).

Кроме этого представляет достаточно большой интерес изучение особенностей связи социально-личностных параметров родителей с характером и выраженностью нарушений в соматической сфере ребенка. Известно, что именно заболевания, стойко изменяющие реактивность детского организма, создают условия для появления ряда нарушений в развитии ребенка.

В связи с этим нами предпринято обследование ЧБД в возрасте 7-11 лет и 12-14 в отношении показателей личностной тревожности, а также взрослых (родителей) в плане взаимоотношений с ЧБД в семье. Возрастная группа 5-6 лет была исключена из исследования в связи с отсутствием возможности тестирования данных детей по использованной методике определения тревожности.

В качестве методов исследования использованы методика оценки степени тревожности Ч.Д.Спилберга в модификации Ю.Л.Ханина, для диагностики родительского отношения применен опросник родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин).

Обследование проведено у всех ЧБД основной группы клинического обследования (52 – в возрасте 7-11 лет и 54 – 12-14 лет) и у 47 и 50 детей контрольной группы (эпизодически болеющих детей (ЭБД)) соответственно.

Данные, характеризующие показатели тревожности по шкалам методики Спилберга-Ханина у обследованных детей основной и контрольной группы, представлены на рисунках 1 и 2.

При проведении анализа показателей личностной тревожности у обследованных детей обеих возрастных групп заметно, что у ЧБД таковые были достоверно более высокими, чем у ЭБД.

Действительно, показатель уровня реактивной тревожности при обследовании ЧБД средней возрастной группы составил $53,2 \pm 4,2$ балла, в то время как у ЭБД той же возрастной категории – $36,4 \pm 2,5$ балла ($p < 0,05$).

Аналогичные показатели по шкале личностной тревожности составили $558 \pm 3,9$ балла и $35,7 \pm 2,1$ балла ($p < 0,05$).

В возрастной группе 12-14 лет нами было зарегистрировано снижение показателей по обоим шкалам как у ЧБД, так и у ЭБД, свидетельствующее об улучшении психологического статуса обследованных (рисунок 2).

В группе ЭБД показатель уровня реактивной тревожности достиг $46,2 \pm 3,7$ балла, ЧБД – $27,1 \pm 1,9$ ($p < 0,01$).

Данные, характеризующие средние значения уровня личностной тревожности, давали еще более выраженные различия между группами. В основной группе (ЧБД) уровень показателя составил $47,5 \pm 3,1$ балла, а у ЭБД контрольной группы – $26,0 \pm 1,9$ балла ($p < 0,01$).

Зарегистрированные нами изменения, по мнению специалистов-психологов, связаны со снижением успеваемости и формированием проблемных отношений с педагогами, боязни плохих оценок, наказания в той или иной форме со стороны учителей; снижением социального статуса ввиду длительного отсутствия в детском коллективе.

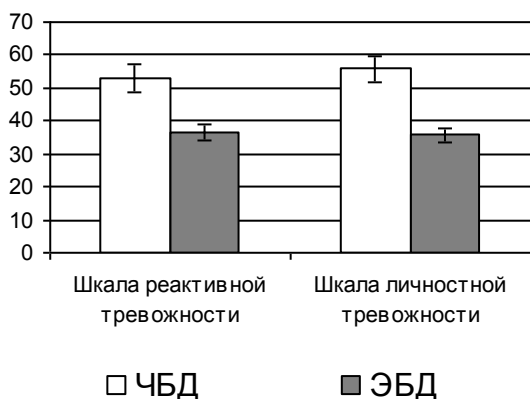


Рисунок 1 - Показатели тревожности по методике Спилберга-Ханина у ЧБД и ЭБД в возрасте 7-11 лет

Второй стороной данной ситуации являются отклонения от нормы во взаимоотношениях детей и родителей.

Для оценки таковых нами предпринят анализ показателей по методике ОРО (А.Я. Варга, В.В. Столин).

Полученные данные для группы детей в возрасте 7-11 лет представлены на рисунке 3.

Сравнительная характеристика показателей в группах обследованных детей свидетельствует о наличии

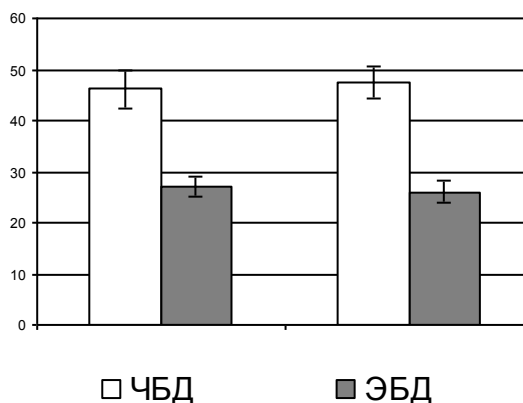


Рисунок 2 - Показатели тревожности по методике Спилберга-Ханина у ЧБД и ЭБД в возрасте 12-14 лет

достоверных различий между ЧБД и ЭБД по 4 шкалам из 5, а именно: повышение по шкале «отвержение» - $(58,2 \pm 3,9)\%$ против $(43,7 \pm 4,4)\%$, что свидетельствует о восприятии родителем своего ребёнка из группы ЧБД плохим, неудачливым; снижение по шкале «симбиоз» - $(40,3 \pm 2,2)\%$ против $(48,6 \pm 3,5)\%$. Эти данные свидетельствуют об уменьшении у ЧБД ощущения родителем себя с ребёнком единым целым, стремления удовлетворить все его потребности.

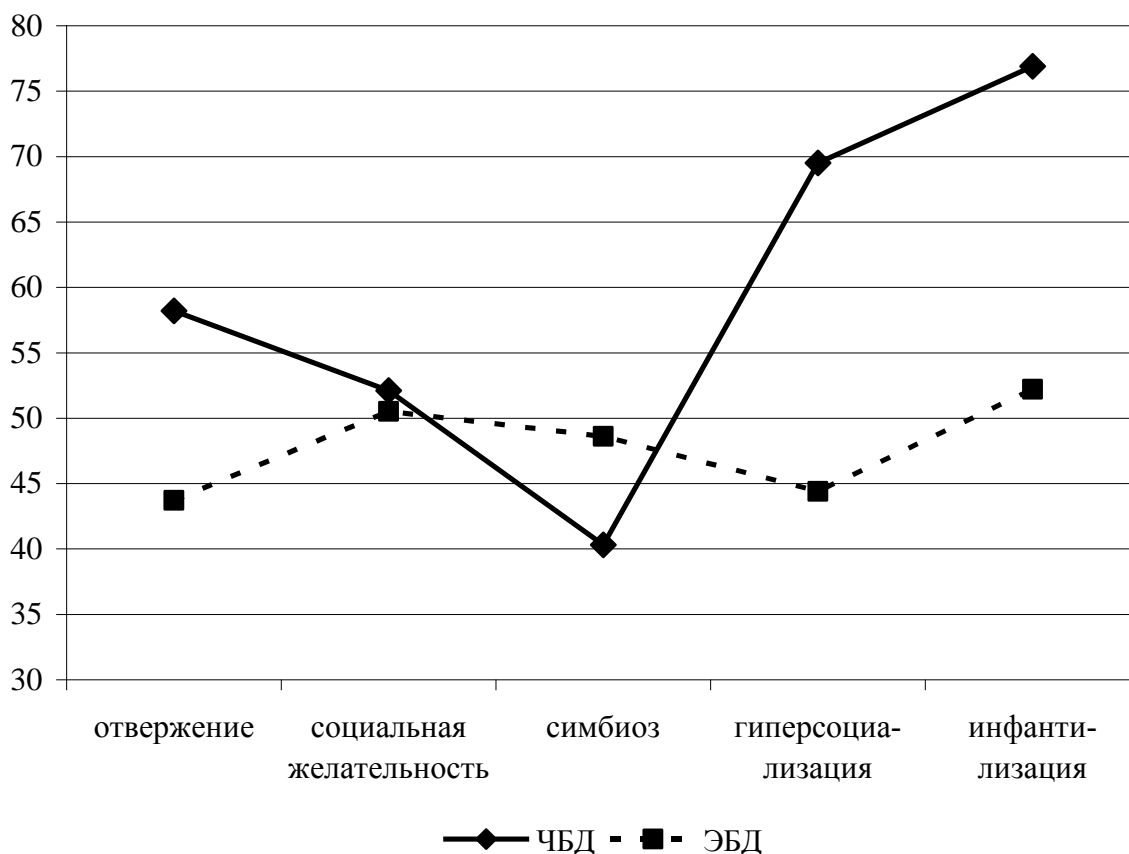


Рисунок 3 - Результаты обследования с применением опросника родительского отношения у ЧБД и ЭБД в возрасте 7-11 лет

Тревога родителя повышается, когда ребёнок начинает автоматизироваться в силу обстоятельств т.к. по своей воле родитель не предоставляет ребёнку самостоятельности никогда.

По показателю гиперсоциализации степень различий между группами детей (ЧБД и ЭБД) была наиболее высокой и достигала 56,5% - (69,5±5,7)% против (44,4±3,9)%. Это свидетельствует о том, что в родительском отношении к ЧБД просматривается авторитаризм. Родитель требует от ребёнка послушания и дисциплины.

Высокий уровень различий между группами был зарегистрирован также по показателю инфантилизации (инвалидизации). У ЧБД он был равен (76,9±6,0)%, в контрольной группе ЭБД – (52,2±3,5)%. Различия между группами составили 47,3% и свидетельствовали о наличии в родительском отношении стремления инфантилизировать ребёнка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Интересы, увлечения, мысли кажутся родителю детскими, несерьёзными. Родитель не доверяет своему ребёнку, досаждает на его неуспешность и неумелость.

По всем вышеуказанным шкалам при наличии достоверных различий показатель достоверности был $p < 0,05$.

Аналогичные данные, характеризующие родительское отношение к ЧБД возрастной группы 12-14 лет, представлены на рисунке 4.

Достоверные различия с контрольной группой ЭБД в данной возрастной категории были зарегистрированы по шкалам «отвержение» - (65,2±3,5)% в группе ЧБД и (49,7±3,9)% - ЭБД, «гиперсоциализация» - (73,6±5,1)% и (52,1±4,4)% и «инфантилизация (инвалидизация)» - (75,5±5,3)% и (51,9±3,8)% соответственно.

Резко уменьшились и стали недостоверными различия показателя по шкале «симбиоз», уровень различий по шкале «социальная желательность» оставался примерно равным группе 7-11 лет за счет относительного снижения данного показателя в обеих подгруппах.

Таким образом, у часто болеющих детей нами были выявлено существенное повышение уровня реактивной и личностной тревожности, отклонения показателей родительского отношения от уровня контрольной группы.

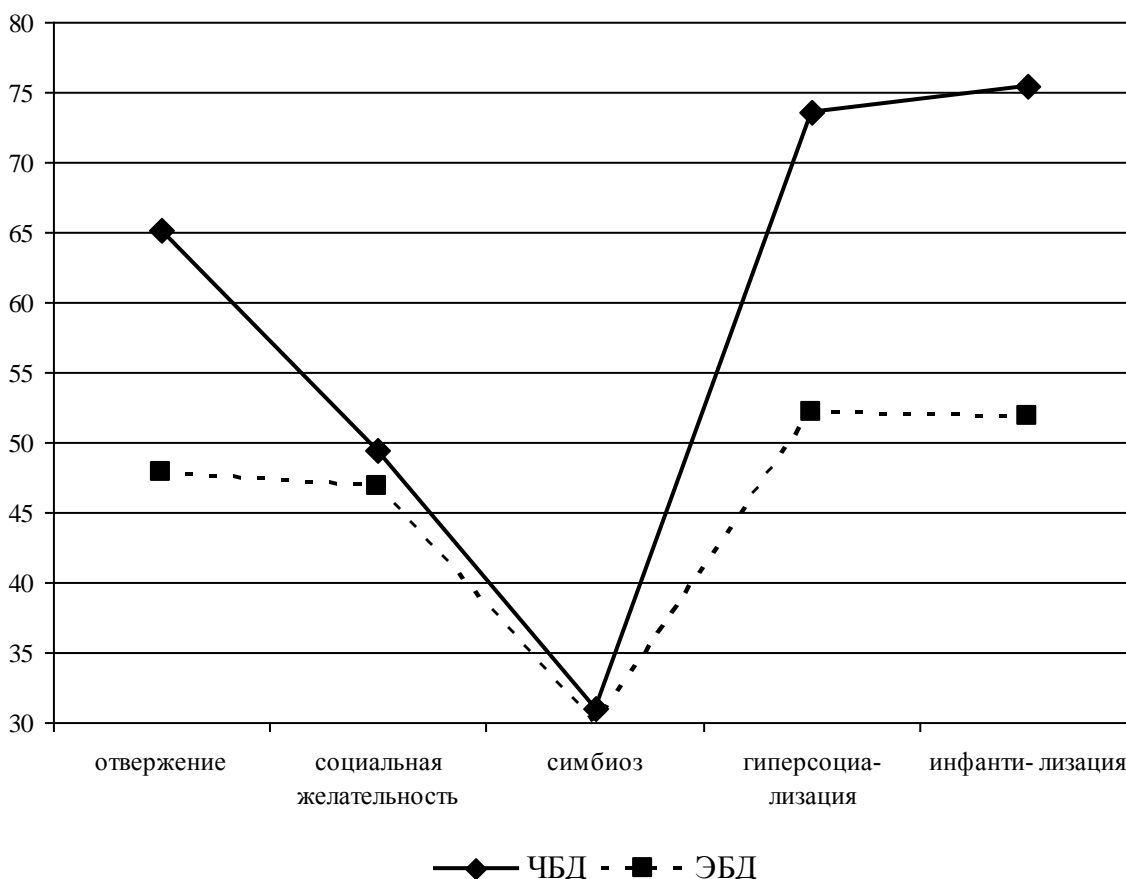


Рисунок 4 – Результаты обследования с применением опросника родительского отношения у ЧБД и ЭБД в возрасте 12-14 лет

Мы считаем, что направленность проанализированных показателей связана с наличием сложного комплекса соматических, психологических и социальных

механизмов, опосредующих частую заболеваемость у детей на отношение их к самим себе, окружающему миру, а также на отношении к ним родителей.

УДК: 616-39.4-053.2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ

Г. К. Шарипова

*КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Семей***Резюме****Особенности клиники часто болеющих детей города Семей**

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности и клинико-иммунологической характеристики ЧБД среди учащихся старших классов г.Семей. Нами было обследовано 54 учащихся средних школ г.Семей в возрасте от 12 до 15 лет относящихся в группу ЧБД. Из них мальчиков 18 (33,3%), девочек 36 (66,7%). В контрольную группу входило 15 детей аналогичного возраста. По данным нашего исследования, удельный вес ЧБД среди старшеклассников г. Семей составляет 31,3% (26 детей). Из них группу «условно часто болеющих детей» составило 57,7% (15 детей), группу «истинно часто болеющих детей» – 42,3% (11 детей).

Тұжырым**Жіі ауыратын балалардың клиникалық ерекшеліктері**

Біздің жұмысымыздың мақсаты Семей қаласының жоғары сынып оқушылары арасында жиі ауыратын балалардың (ЖАБ) таралу жиілігі мен клинико-иммунологиялық ерекшеліктерін тексеру болды. Жалпы Семей қаласының орта мектептерінің 12 және 15 жастағы жиі ауыратын балалар тобына жататын 54 оқушылары тексерілді. Оның ішінде ұлдар 18 (33,3%), қыздар 36 (66,7%). Бақылау тобына осы жас ерекшеліктерге сай сирек ауыратын 15 енгізілді. Біздің тексеруіміздің нәтижесіне байланысты жоғарғы сынып оқушыларының арасындағы ЖАБ үлес салмағы 31,3% (26 бала) құрады. Оның ішінде «шартты ЖАБ» үлесі 57,7% (15 бала) құрады, «анық ЖАБ» – 42,3% (11 бала).

В настоящее время широкое развитие получило новое направление в теоретической и практической медицине - диагностика предболезни - рассматривающее функциональные состояния организма, пограничные между нормой и патологией [Петров Р.В., Хаитов Р.М. и соавт.]. В уставе ВОЗ здоровье определяется как состояние полного физического благополучия, а не только отсутствие болезней. В критерий здоровья обязательно входит возможность полноценно, активно, без всяких ограничений заниматься трудом и другой полезной деятельностью. Чем раньше мы сможем определить момент срыва механизмов адаптации, тем больше шансов сохранить здоровье, провести реабилитацию при уже имеющихся отклонениях.

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности и клинико-иммунологической характеристики ЧБД среди учащихся старших классов г.Семей.

Нами было обследовано 54 учащихся средних школ г.Семей в возрасте от 12 до 15 лет относящихся в группу ЧБД. Из них мальчиков 18 (33,3%), девочек 36 (66,7%). В контрольную группу входило 15 детей аналогичного возраста.

Обследование носило комплексный характер и включало в себя анкетный опрос родителей, ретроспективный анализ истории развития ребенка (ф.112у), клинический осмотр детей в динамике и иммунологические исследования.

Для оценки иммунологического статуса детей использовали иммунологические тесты I уровня. Тесты первого уровня включали определение числа лейкоцитов, относительного и абсолютного числа Т и В – лимфоцитов, концентрация сывороточных иммуноглобулинов А, М, G и фагоцитоза. Для тестирования лимфоцитов периферической крови использовали моноклональные антилимфоцитарные антитела серии CD (CD-3, CD-4, CD-8, CD4/CD8, CD-20).

По данным нашего исследования, удельный вес ЧБД среди старшеклассников г. Семей составляет 31,3% (26 детей). Из них группу «условно часто болеющих детей» составило 57,7% (15 детей), группу «истинно часто болеющих детей» – 42,3% (11 детей). Инфек-

ционный индекс в обеих группах был в пределах нормы (соответственно 0,31 и 0,25). Индекс резистентности в группе «условно часто болеющих детей» было низкой (0,57), а в группе «истинно часто болеющих детей» - очень низкой (0,71).

По клиническим особенностям в 61,5% случаях обнаружено «отоларингологический» тип, который составил 61,5% (15 человек), чисто «соматического» типа не было, «смешанный» тип выявлен у 38,5% (10 детей).

При изучении особенностей иммунограмм у ЧБД выявлено достоверное снижение CD3+ и CD4+ клеток. Говоря о показателях гуморального звена иммунитета, следует отметить снижение уровня содержания сывороточного Ig A и Ig G, по сравнению с контрольной группой. В целом иммунная система часто болеющих детей характеризовалась незрелым, инфантильным типом иммунологического реагирования, не обеспечивающей оптимальной адаптации ребенка к внешней среде.

Важной стороной вопроса об особенностях иммунной системы у детей является состояние лимфоэпителиальной ткани глоточного кольца, осуществляющего местную противомикробную защиту респираторного тракта.

Из 54 часто болеющих детей у 45 (83,3%) детей выявлены хронические заболевания ЛОР-органов (хронические тонзиллиты, фарингиты, синуситы, аденоидиты и т.д.). Хронические заболевания носоглотки снижают резистентность к патогенным возбудителям, поддерживают длительный воспалительный процесс, тем самым увеличивают частоту заболеваемости.

Таким образом, основной причиной способствующей к частой заболеваемости у детей старших классов г.Семей является наличие хронических очагов инфекций, которые требуют качественного диспансерного наблюдения и своевременного оздоровления. Повторные респираторные заболевания приводят к нарушению развития функционирования различных органов и систем, и тем самым способствуют снижению иммунорезистентности и срыву компенсаторных возможностей организма.

УДК: 616-39.4-053.2+614.2

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ г.СЕМЕЙ

Г. Т. Камашева, Д. К. Файзуллина, Г. К. Шарипова, К. К. Анапиева, С. А. Скакова, Г. А. Амангелды

*Государственный медицинский университет города Семей***Резюме**

Целью нашего исследования было изучение медико-социальных проблем часто болеющих детей различных возрастных групп г.Семей в зависимости от клинического типа. Всего обследовано 155 часто болеющих детей в возрасте от 5 до 15 лет, распределенных на три возрастные группы: 5-6 лет (31,6%), 7-11 лет (33,6%) и 12-14 лет (34,8%). В контрольную группу включены эпизодически болеющие дети аналогичного возрастного состава. Медико-социальная значимость часто болеющих детей была связана с рядом факторов, включающих потребность в амбулаторной и стационарной медицинской помощи, наличии трудовых потерь у родителей и пропусков школьных занятий у детей средней и старшей возрастных групп.

Тұжырым**Семей қаласының жиі ауыратын балаларының медико-әлеуметтік мәселелері**

Біздің жұмысымыздың мақсаты Семей қаласы жиі ауыратын балаларының медико-әлеуметтік мәселелерін тексеру болды. Барлығы үш топқа бөлінген 5 жастан 15 жасқа дейінгі 155 жиі ауыратын балалар тексерілді: 5-6 жас (31,6%), 7-11 жас (33,6%) және 12-14 жас (34,8%). Бақылау тобын осы жас ерекшеліктерге сай сирек ауыратын балалар құрды. Жиі ауыратын балалардың медико-әлеуметтік мәселелері ауруханалық және емханалық медициналық көмектің қажеттілігімен, ата-аналардың балаларының ауруы салдарынан жұмысты босататынын, орта және жоғарғы жастағы топтардағы балалардың сабақты босатуымен байланысты болды.

Summary**Medico-social aspects of frequently falling ill children in Semey city**

The aim of our investigation was studying of medico-social problems of frequently falling ill children of different age (depending on clinical type) in Semey city. During our work were investigated 155 frequently falling ill children at the age from 5 to 15 years old. All children were divided on 3 age groups: 5-6 years old (31,6%), 7-11 years old (33,6%), 12-14 years old (34,8). In the control group were included children of same age who falling ill episodically. Medico-social importance of frequently falling ill children was connected with some factors, which include necessity in ambulatory and stationary medical aid, presence of parents' labor loss and missed days of school lessons at children middle and higher age groups.

Проблема частых респираторных заболеваний в педиатрии остается актуальной. Удельный вес острых респираторных заболеваний (ОРЗ), среди всех острых болезней у детей составляет почти 90%. Это вызывает серьезные опасения, так как острые респираторные инфекции задерживают нормальное развитие растущего организма, зачастую приводят к серьезным осложнениям, нарушают социальные функции ребенка. Кроме того, медико-социальная значимость определяется не только большой распространенностью острых респираторных инфекций (ОРИ), но и возможными тяжелыми осложнениями, нередко ведущими к летальному исходу. ОРИ верхних дыхательных путей являются серьезной проблемой для здравоохранения также в связи с наносимым ими экономическим ущербом, как отдельным лицам, так и обществу в целом. По разным данным российских авторов, ущерб государству, наносимый одним случаем респираторной инфекции, составляет от 100 до 170 американских долларов. При этом ущерб

для каждого заболевшего, включающий в себя стоимость базового набора медикаментов, может колебаться в пределах 15-100 американских долларов [Баранов А.А., 2001].

Целью нашего исследования было изучение медико-социальных проблем часто болеющих детей различных возрастных групп г.Семей в зависимости от клинического типа. Всего обследовано 155 часто болеющих детей в возрасте от 5 до 15 лет, распределенных на три возрастные группы: 5-6 лет (31,6%), 7-11 лет (33,6%) и 12-14 лет (34,8%). В контрольную группу включены эпизодически болеющие дети аналогичного возрастного состава.

При анализе показателей амбулаторной и стационарной медицинской помощи, а также нуждемости часто болеющих детей в освобождении от занятий в школе и родительском уходе нами получены данные, представленные в таблицах 1-3.

Таблица 1 - Показатели амбулаторной и стационарной медицинской помощи часто болеющим детям младшей возрастной группы

Показатель	Первый тип, n=26	Второй тип, n=23
Частота обращений за амбулаторной медицинской помощью (на 1 ребенка в год)	9,6±0,2	6,0±0,2
Частота стационарного лечения (на 1 ребенка в год)	1,2±0,1	0,3±0,03
Необходимость в больничных листах по уходу за больным ребенком (на 1 ребенка в год)	4,3±0,1	3,8±0,1
Средняя продолжительность больничных листов по уходу за больным ребенком (на 1 ребенка в год)	23,8±0,7	25,2±0,6

Видно, что в младшей возрастной группе при первом клиническом типе частота обращений за амбулаторной медицинской помощью достигает наиболее высокой величины (9,6 случаев на 1 ребенка в год). При этом мы учитывали только первичные случаи обращения по поводу ОРЗ. При втором клиническом типе данный показатель был более чем в 1,5 раза меньше, и величина его составила 6,0 случаев.

Частота стационарного лечения у детей с первым клиническим типом также была очень высокой (1,2 случая на 1 ребенка в год), при втором клиническом типе она была существенно меньшей (0,3 случая).

Однако необходимость в больничных листах по уходу за больным ребенком при обоих клинических типах была примерно равной, а общая продолжительность больничных листов даже несколько большей при втором клиническом типе, что связано со склонностью ОРЗ у детей этой категории к затяжному течению.

Несмотря на сохраняющуюся высокую частоту обращений за амбулаторной медицинской помощью у детей средней возрастной группы (8,3 случая на 1 ребенка в год при первом клиническом типе и 5,4 – при втором), по отношению к младшей группе снижается число эпизодов стационарного лечения при первом клиническом типе – в 2 раза, а при втором – сохраняется на уровне младшей группы.

Резко (в несколько раз) снижается частота оформления больничных листов по уходу за больным ребенком, однако эта тенденция связана со снижением степени участия родителей в лечении.

Очень значительного уровня достигает показатель числа пропусков занятий в школе (по справке). При первом клиническом типе он составил в среднем 43,5, при втором – 39,2. Практическое равенство данных показателей, несмотря на различия по частоте ОРЗ связано с большей продолжительностью течения ее у часто болеющих детей со вторым клиническим типом (таблица 2).

Таблица 2 - Показатели амбулаторной и стационарной медицинской помощи часто болеющим детям средней возрастной группы

Показатель	Первый тип, n=25	Второй тип, n=27
Частота обращений за амбулаторной медицинской помощью (на 1 ребенка в год)	8,3±0,2	5,4±0,1
Частота стационарного лечения (на 1 ребенка в год)	0,6±0,04	0,3±0,02
Необходимость в больничных листах по уходу за больным ребенком (на 1 ребенка в год)	0,7±0,1	0,6±0,04
Средняя продолжительность больничных листов по уходу за больным ребенком (на 1 ребенка в год)	4,4±0,2	4,8±0,2
Число пропусков учебных дней по болезни	43,5±1,3	39,2±1,1

В старшей возрастной группе нами проанализированы показатели частоты обращений за амбулаторной и стационарной медицинской помощью, а также числа пропусков учебных дней по болезни.

Необходимость в больничных листах по уходу за больным ребенком в данной группе была минимальной (за период исследования только у 2 детей), что позволило нам не вносить соответствующие данные в таблицу.

Таблица 3 - Показатели амбулаторной и стационарной медицинской помощи часто болеющих детей старшей возрастной группы

Показатель	Первый тип, n=29	Второй тип, n=25
Частота обращений за амбулаторной медицинской помощью (на 1 ребенка в год)	2,8±0,1	3,3±0,1
Частота стационарного лечения (на 1 ребенка в год)	0,3±0,01	0,4±0,02
Число пропусков учебных дней по болезни	23,8±1,4	27,0±1,1

Заметно уменьшилась также частота обращений за амбулаторной медицинской помощью. Обращает на себя внимание дисбаланс в показателях частоты заболеваемости и обращаемости, что свидетельствует о снижении уровня медицинской помощи у детей старшей возрастной группы в результате самолечения. Данная ситуация может быть причиной повышения частоты стационарного лечения, чаще всего в связи с оторинологическими осложнениями при втором клиническом типе. Однако при первом клиническом типе частота госпитализаций снижается относительно возрастной группы 7-11 лет еще в 2 раза. Это может быть косвенным свидетельством того, что и осложнения в виде

бронхита и даже пневмонии у детей данной группы не попадают в поле зрения системы здравоохранения.

Снижается относительно средней возрастной группы также число пропусков занятий по болезни. Однако, исходя из результатов проведенного анализа, это может быть связано просто с отсутствием справки по болезни.

Таким образом, медико-социальная значимость часто болеющих детей была связана с рядом факторов, включающих потребность в амбулаторной и стационарной медицинской помощи, наличии трудовых потерь у родителей и пропусков школьных занятий у детей средней и старшей возрастных групп.

УДК 614.441-006.55-08

ЧАСТОТА ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА

О. А. Юрковская

*Кафедра общей врачебной практики и эндокринологи
Государственный медицинский университет города Семей***Тужырым****Семей регионьнда балаларда және жас өспірімдерде диффузды -эутиреоидты жемсау**

Жұмыстың мақсаты Семей аймағында балалар мен жасөспірімдер арасында эутиреоидты жемсаудың жиілігін зерттеу болды. Ол үшін 5 жастан 17 жасқа дейінгі балалар тексерілді. Зерттеу нәтижелері бойынша эутиреоидты жемсаудың кездесуі жиілігі 10,3 %-тен 13,6 %-ке дейін болды, ал бақылау ауданы Көкпекті ауылында 18,4 % құрады. Иодурия медианасы 100 мкг/л артық болды.

Summary**Diffuse-euthyroid goiter of children and young people semipalatinsk region**

By the purpose of work the study of frequency was diffuse toxic goiter children and teenagers of Semipalatinsk region. Children in the age of from 5 till 17 years are examined. On the data of research the frequency of diffuse toxic goiter was from 10.3 up to 13.6 %, in control region Kokpekti - 18.4 %. Mediana of ioduria has exceeded 100 mg/l.

Дети и подростки наиболее чувствительны к нарушениям функции щитовидной железы. Для обеспечения нормального роста, высоких умственных способностей, полноценного полового развития им требуется относительно большее, чем взрослым количество гормонов щитовидной железы, а в условиях дефицита йода их вырабатывает недостаточно. Поэтому возникает риск развития расстройств как в органах, зависящих от тиреоидных гормонов, так и в самой эндокринной железе. Наиболее частым следствием дефицита йода является диффузный эутиреоидный зоб.

В последние годы с появлением новых методов исследования появились новые подходы к методике проведения эпидемиологического анализа йод-дефицитных заболеваний. В прошлом степень йодной недостаточности определяли по содержанию йода в различных объектах внешней среды и не учитывали степень потребления йода человеком. Надо отметить, что содержание йода в природе статично, а у людей может существенно меняться в зависимости от характера питания и на фоне проведения программ йодной профилактики.

Цель исследования.

Изучить частоту диффузно эутиреоидного зоба и йодной обеспеченности у детей и подростков Семипалатинского региона.

Материалы и методы исследования.

Исследование проведено в 2 районах прилегающих к территории бывшего Семипалатинского испытательного ядерного полигона (Абайский и Бескарагайский районы), а так же г. Семипалатинск. В качестве контрольного района обследованы дети и подростки с. Кокпекты. Возраст обследуемых от 5 до 17 лет, всего обследовано 7183 ребенка. На каждого ребенка собраны анамнестические данные.

Всем детям выполнены антропометрические измерения (рост, вес, определение площади поверхности тела). Объем щитовидной железы определяли ультразвуковым методом. Для определения частоты зоба использовали нормативы объема щитовидной железы, рассчитанные с учетом площади поверхности тела. Функциональную активность щитовидной железы определяли по содержанию ТТГ, тиреоидных гормонов.

На популяционном уровне, недостаточность поступления йода в организм определяют с помощью различных методов исследования, наиболее информативным из которых является иодурия. Для оценки йодной недостаточности мы определяли экскрецию йода с мочой. В связи с тем, что концентрация йода в моче у отдельных лиц изменяется в течение суток, она

не может показать 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.

Поскольку величина экскреции йода с мочой имеет высокую амплитуду колебаний, рекомендовано использовать медиану иодурии для оценки характерного значения данного параметра в популяции.

Согласно критериям ВОЗ, если медиана экскреции йода с мочой превышает 100мкг на 1 литр, означает, что в данной популяции дефицита йода нет.

Результаты исследования и их обсуждение,

Были обследованы дети, и подростки в возрасте от 5 до 17 лет, проживающие на территории прилегающих к бывшему Семипалатинскому испытательному ядерному полигону. В Бескарагайском районе обследовано с. Бурас, которое относится к зоне чрезвычайного риска. По климатогеографическому положению этот район относится к степной зоне со слабо выраженной йодной недостаточностью.

Обследование проводили на базе школ, а так же по дворовым обходом. Всего осмотрено 1374 ребенка, коренных жителей. Из них - 738 девочек и 636 мальчиков

По данным ультразвукового исследования щитовидной железы выявлено 187 детей с патологией щитовидной железы, что составляет - 13,6%. Частота тиреомегалии согласно критериям ВОЗ/ ICCIDD/ ЮНИСЕФ, соответствовала зобной эндемии легкой степени.

Следующий район, который мы обследовали это с. Кайнар Абайского района. Село относится к зоне чрезвычайного радиационного риска. Всего было обследовано 934 ребенка. При ультразвуковом обследовании увеличение железы выявлено у 112 детей 11,9%, что соответствует зобной эндемии легкой степени. В с. Саржал обследовано 732 ребенка, данный район так же относится к зоне чрезвычайной риска, по климатогеографическому положению относится к пустынно степной зоне. По данным УЗИ патология ЩЖ выявлена у 92 детей - 12,5%.

В с. Караул осмотрено 1044 детей. По данным ультразвукового исследования патология щитовидной железы выявлена у 104 детей, примерно 10%. В г. Семипалатинске всего обследован 1871 ребенок. Увеличение щитовидной железы по данным ультразвукового исследования выявлено в 192 случаях - 10,3%.

В качестве контрольной группы были обследованы дети и подростки, проживающие в с.Кокпекты, по своему климато-географическому расположению относится к горно-степной зоне с умеренно выраженной зобной эндемией и отдалено от территории бывшего Семипалатинского испытательного ядерного полигона на 450 километров, где суммарно эффективная эквивалентная доза облучения составила 1,0-7,0 сЗв. Обследование детей и подростков проводили путем подворных обходов и осмотров организованных коллективов. Все осмотренные дети были коренные жители. Всего осмотрено - 1228 детей.

При ультразвуковом исследовании увеличение объема щитовидной железы выявлено в 226 случаях - 18,4%. Уровень ТТГ $1,2 \pm 0,3$ мЕд/л, показатели Т3 и св. Т4 были так же в пределах нормы.

Показатели медианы йодурии во всех районах превысили 100 мкг/л, что соответствовало хорошей йодной обеспеченности детей данных районов. Оценивая показатели с другими индикаторами оценки степени тяжести зобной эндемии, мы отметили несоответствие критериев друг другу. Выявленные расхождения свидетельствуют о том, что не только дефицит йода участвует в происхождении эндемического зоба, но и другие стрессогенные факторы.

Посредством анкетирования среди населения районов, были проанализированы стереотипы питания. Изучение особенностей питания показало, что более 60% населения регулярно употребляют в пищу йодированную соль, непостоянно употребляли 34%, не употребляли 6%, 73% детей питались исключительно местными овощами и фруктами. 27% употребляли привозные продукты. В сельской местности на уровне школ также внедрены противозобные мероприятия с использованием йодсодержащих препаратов.

Выводы:

1. Частота диффузно эутиреоидного зоба встречалась с частотой от 10,3 до 13,6%, в контрольном районе составила 18,4%, что соответствовало легкой степени зобной эндемии

2. Медиана йодурии во всех районах превысила 100 мкг/л, что свидетельствует о достаточной йодной обеспеченности детей в Семипалатинском регионе.

Литература:

1. Алиментарный путь профилактики йоддефицитных расстройств (метод, рекомендации) под ред. Шарманова Т.Ш., Алматы. 2003 г.

2. М.И. Балаболкин, // Пр. эндокринологии - 2005, - №4. - С.31-37

3. Болезни щитовидной железы / под ред Л.И Бравермана М.: Медицина 2000. -417 с

УДК 616.36-002+616.441-08

ТИРЕОИДНАЯ ДИСФУНКЦИЯ НА ФОНЕ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С

А. М. Хисметова

Государственный медицинский университет города Семей

Түйіндемe

Созылмалы вирусты гепатиттің В, С түрлерімен ауыратын 19 - 61 жас аралығындағы 98- науқас тексерілді. Оның ішіндегі әйел адамдар саны 41-41,8%, ал ер адамдар саны 57-58,2%. Тексеру мәліметтері бойынша антиденелердің тиреоидты пероксидазаға немесе тироглобулинге және интерферон ионына жоғары деңгейі байқалды. Бұл терапия қалқанша безіндегі аутоиммунды үрдістің дамуына қауіп факторы болып табылады.

Summary

98 patients with chronic virus hepatitis B and C at the age from 19 to 61 years, from them women of 41-41,8 %, men – 57-58,2 % are surveyed. According to research high level of antibodies to тиреоидной пероксидазе or to тироглобулину by the end интерферонотерапии is a risk factor for development аутоиммунного thyroid gland process.

Вследствие широкого распространения хронических вирусных гепатитов проблема противовирусной терапии выходит на одно из ведущих мест в гепатологии. Интерферонотерапия является на сегодняшний день основным средством лечения вирусных поражений печени и дает хороший эффект у 30-50% больных. По данным литературы после проведения интерферонотерапии у некоторых больных с хроническими вирусными гепатитами развивается дисфункция щитовидной железы, протекающая по типу аутоиммунного тиреоидита.

Целью исследования явилось изучение тиреоидного статуса у больных вирусным гепатитом, получавших интерферонотерапию

Методы исследования. Нами было обследовано 98 больных с хроническими вирусными гепатитами В, С, в возрасте от 19 до 61 года, из них женщин -41-41,8%, мужчин - 57-58,2%. Давность заболевания вирусным гепатитом В, С составляла от 1 года до 5 лет.

До назначения интерферонотерапии больным с хроническими вирусными гепатитами проводилось:

- сбор анамнеза уточнение наследственности (наличие патологии щитовидной железы или других эндокринных заболеваний у ближайших родственников);

- пальпаторное исследование щитовидной железы;

- ультразвуковое исследование щитовидной железы проводилось на аппарате «Алока-500» (Япония) с использованием линейного датчика с частотой 7 МГц;

- определение тиреотропного гормона, свободного тироксина, трийодтиронина, антител к тиреоидной пероксидазе или тироглобулину;

- прогнозирование нарушения функции щитовидной железы в процессе интерферонотерапии.

Всем пациентам проводили противовирусную терапию а-интерфероном в дозе 3 млн. ЕД в/м в сутки 3 раза в неделю в течение года. Исследование общего и биохимического анализа крови: качественное или количественное определение РНК HCV методом ПЦР про-

водили до лечения, через 1 и каждые 3 месяца. Оценку эффективности противовирусной терапии проводили, прежде всего, с учетом вирусного ответа.

При наличии ультразвуковых изменений структуры щитовидной железы, нарушении функционального состояния была проведена коррекция нарушений. Интерферонотерапию у таких пациентов проводили после достижения эутиреоза и исследования функции щитовидной железы каждые 3 месяца.

Результаты исследования обрабатывали по общепринятым алгоритмам с использованием групповых показателей критерия Стьюдента.

Полученные результаты. У больных, с хроническими вирусными гепатитами - аутоиммунный тиреоидит встречался у 62,1%, из них у 12,3 - легкий хаситоксикоз, скрытый гипотиреоз - 21,4%, эутиреоидное состояние у 27,5%. При нарушении функции щитовидной железы лечение интерфероном проводили после достижения концентрации тиреотропного гормона в пределах 0,3-4 мкМЕ/л путем соответствующей заместительной терапии (L-тироксин в дозе 25-75 мкг/сут при гипотиреозе). При тиреотоксикозе назначалась тиреостатическая терапия мерказолилом в дозе 20-60 мг/сут. В случае прогрессирования заболевания щитовидной железы лечение интерфероном прекращалось. После окончания курса интерферонотерапии вновь определяли тиреоидный статус (тиреотропный гормон, свободный тироксин, антитела к тиреоидной пероксидазе или тиреоглобулину, свободные Т3 и Т4, ультразвуковое исследование щитовидной железы).

Нами были выявлены побочные эффекты ИФН: усиление аутоиммунных реакций, нарушение функции щитовидной железы - в 2,5%-случаев развился тиреотоксикоз и гипотиреоз в 10% случаях.

Причина этих нарушений заключается в индукции аутоиммунной реакции с образованием антитиреоидных антител и антител к рецептору ТТГ. Факторами риска развития нарушения функции щитовидной железы при лечении α-интерфероном, по нашим данным, является принадлежность к мужскому полу, наличие злокачественных заболеваний, использования больших доз препарата в течение длительного времени, наличие антител к тиреоидной пероксидазе до начала лечения.

Выводы. Высокий уровень антител к тиреоидной пероксидазе или тиреоглобулину к концу интерферонотерапии является фактором риска для развития аутоиммунного процесса щитовидной железы, больным с хроническими вирусными гепатитами перед началом интерферонотерапии рекомендуется проводить исследование функции щитовидной железы включая определение антитиреоидных антител с 3-6 мес интервалами.

Литература.

1. Фадеев В.В. М. Издательский дом Ви-да». 2005; 240.
2. Huy A. Tran. Tracey L. Jones, Robert G. Batey. Endoer Disord 2005; 5:8.
3. Под ред. Л.И. Бравермана М.: Медицина Болезни щитовидной железы. 2000; 417.
4. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Питер. 2006.
5. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии. Питер, 2002
6. Галян Е. В., Кравец Е. Б., Латыпова В. П., Дамдиндорж Д. Сибирский медицинский университет // Бюллетень Сибирской медицины: научно-практический журнал. 2009; том 8, N2:96-10

УДК 616.24 - 002.5 - 053.2

ПРИЧИНЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Г. М. Бельдеубаева

Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

Тұжырым

Балалар мен жасөспірімдердің туберкулезге шалдығуына әсер ететін себептер

60 бала мен жасөспірімдерінің ауру тарихына талдау жасалған, олардың 25-і бала, ал 35-сі жасөспірім. Осы аурулардың көпшілігі (66,6%) қыздар болды. Өкпенің инфильтративті туберкулезі 58,3%-ды құрады. Аурулардың 8,3%-нан өкпесінде тесік бар екені анықталды, ал 10%-ның қақырықпен ТМБ-н шығаратыны анықталды. Жанұясының адам басына шаққандағы айлық табыстары 1000-ға теңдері 33,3%-ды құрады. Осы аурулардың 13-нен, яғни 21,8%-нан туберкулез олар өздері дәрігерге келгенде анықталған.

Summary

The Reasons promoting disease by tuberculosis children and teenager

The analyzed histories disease 60 sick tuberculosis's children and teenagers, children of them 25 foreheads, teenagers – 35 foreheads. Amongst sick dominate (66,6%) of the person feminine flap. Amongst clinical forms infiltrative tuberculosis has formed 58,3%. Beside 8,3% sick in light is revealed cavities of the disintegration and beside these sick in phlegm are 10% found MBT. From 13 sick beside 21,8% foreheads disease is revealed by their come to the doctor by themselves.

Прогноз, высказанный экспертами ВОЗ в 1960 г. и неоднократно повторяющийся в последние годы о возможности искоренения туберкулеза в ближайшем будущем, не оправдался. Период длительного снижения и стабилизации показателя заболеваемости туберкулезом в последнее десятилетие сменился повсеместным увеличением заболеваемости. В Семипалатинском регионе эпидемиологическая ситуация по туберкулезу крайне напряженная. По данным официальной статисти-

ческой отчетности этот показатель по Семипалатинскому региону в 2010 г. среди всего населения достиг 120,4 на 100000 (в 1995 г. – 62,6) и находится на уровне 1970г. Смертность населения Семипалатинского региона от туберкулеза за 2010 г. составил 19,8 на 100000 населения. Все это, несомненно: способствует высокому уровню инфицирования туберкулезом детского населения и увеличению числа заболевших детей (1-4).

Материалы и методы

Проанализировано нами данные 60 детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в тубдиспансере. Исследование проводилось по специально составленной анкете включающей 32 разделов. Из 60 исследованных, дети составили 25 чел., а подростки – 35 чел. Из 60 больных мальчики составили 20 чел., а девочки – 40 чел. Заболеваемость туберкулезом лиц женского пола несколько преобладала над заболеваемостью мужского пола. Большинство больных (41,6%) составили лица с установленным источником заражения, в том числе все случаи контакта были с бактериовыделителем. У 20 детей и подростков имеет место наличие тесного внутрисемейного контакта и с близкими родственниками. Сроки выявления заболевания у детей в зависимости от давности инфицирования показывают: что у 33,3 % детей заболевание возникло одновременно или в первый год инфицирования, т.е. совпало с выражением туберкулиновых реакций. Только у 18,3 % давность инфицирования составила 5 лет и более. В момент возникновения локального процесса в легких у 26,6 % детей наблюдалась гиперергическая реакция на туберкулин. Основным методом выявления остается туберкулинодиагностика (65,0%), но 21,6 % детей и подростков выявлена по обращаемости при наличии признаков заболевания, что свидетельствовало о быстром прогрессировании процесса. В последние годы отмечается тенденция к увеличению роста числа больных, выявляемых по обращаемости, что может привести к увеличению числа осложненных форм.

Таким образом, в современных социально-экономических и эпидемиологических условиях Семипалатинского региона основными факторами риска заболевания туберкулезом детей и подростков, как и в прежние годы, являются эпидемиологический, социальный и медико-биологический. Следующей задачей было изучение особенностей проявлений туберкулеза у данного контингента больных. При этом установлено следующее: у подавляющего большинства больных (66,6 %) начало болезни постепенное; симптомы туберкулезной интоксикации отсутствуют (25,0%) или умеренно выраженные (36,6 %). Лишь у 31,6% детей и подростков отмечаются выраженные симптомы интоксикации, которые в основном встречаются среди больных с осложненным течением процесса случаев. Наиболее выраженные симптомы интоксикации наблюдались у больных с первичным туберкулезным комплексом 13,3% и инфильтративным туберкулезом легких (15%).

Результаты и их обсуждение

По возрасту, наши пациенты распределялись следующим образом: дети до 7 лет – 8,3% от 7 до 10 лет составили 11,6%, от 11 до 14 лет – 21,6% и подростки от 15 до 18 лет составили 58,3%. По данным нашего исследования чаще заболевают туберкулезом дети в возрасте от 11 до 14 лет (21,6%), то есть до второй ревакцинации. Среди сопутствующих заболеваний чаще встречались неспецифические воспалительные заболевания (28,3%) и по одному случаю гастрит, гепатит, сахарный диабет и в 5% случаев пиелонефрит и ХНЗЛ. Всего сопутствующие заболевания выявлены у 26 чел. Из 60 (43,3%). Из других социальных факторов риска обращало внимание, что средний доход в денежном выражении из расчета на 1 члена семьи в месяц 1000 тенге составили 33,3 %,

ежемесячный доход до 3000 тенге встречался в 45,0% случаев, а доход до 5000 тенге встречался в 21,6% случаев. Из выше приведенных данных видно, что заболевают дети в основном из малообеспеченных семей.

В структуре клинических форм лидирующее место занимает туберкулез внутригрудных лимфатических узлов составивший 58,3%, из других первичный туберкулезный комплекс – 13,3 %, очаговый туберкулез легких – 5,0%, инфильтративный туберкулез легких – 15%, туберкулезный плеврит (как основное заболевание) – 8,3%. Как видно, из выше приведенных данных, среди наших больных преобладают первичные клинические формы туберкулеза органов дыхания составивший 71,6% из всех клинических форм. Микобактерии туберкулеза найдены у 10% (6 из 60), это были подростки с инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада. Из осложнений основного процесса экссудативный плеврит выявлен у 5,0% пациентов и по одному случаю ателектаз и легочное кровохарканье. Распад в легком выявлен у 5 чел. из 60 (8,3%). На боль в грудной клетке жаловались 11,6%, на кашель 53,3%, а симптомы интоксикации (общая слабость, субфебрильная температура, снижение аппетита) туберкулеза встречались у 70,0% больных.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что рост заболеваемости детей и подростков обусловлено, как и в прежние годы, следующими факторами риска: эпидемиологический (33,3%), социальный (70,0%), медико-биологический (61,6%).

В условиях эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу возникает необходимость изыскания методов активного выявления и защиты детей от заболевания в группах риска. Мы считаем, что туберкулинодиагностика должна быть сохранена как основной метод раннего выявления туберкулезной инфекции и отбора к специфической иммунизации, что способствует снижению удельного веса вторичных клинических форм среди подростков и детей. Детям старшего возраста показано обязательное проведение туберкулинодиагностики два раза в год. Флюорографическое обследование проводить в возрасте 13 лет, 14 лет и третье – при передаче детей подросткам терапевтам.

Проводя эффективную химиопрофилактику среди инфицированных детей, можно добиться снижения заболеваемости туберкулезом не только среди детей, но и подростков.

Литература:

1. Король О.И., Лозовский М.Э. Туберкулез у детей и подростков // Издательство «Питер».- 2005. – 424 с.
2. Овсянкина Е.С., Кобулашвили М.Г., Губкина М.Ф. и др. Факторы, определяющие развитие туберкулеза у детей и подростков в очагах туберкулезной инфекции // Туберкулез и болезни легких.-2009.-№11. - С.19-23.
3. Игембаева Р.С. и соавт. Особенности клинических проявлений туберкулеза органов дыхания у детей Семипалатинского региона // Наука и здравоохранение. – Семипалатинск.-2004. № 1. - С. 114-116.
4. Игембаева К.С. и соавт. Клиническая структура туберкулеза органов дыхания у подростков // Материалы 6-го съезда фтизиатров Казахстана. – Алматы. 14-15 октября 2010. - С. 101-103.

УДК 616.28-008.14-08+615.844.6

ЭНДОУРАЛЬНЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ НЕЙРОМЕДИНА ПРИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ I-II СТЕПЕНЕЙ

Т. Н. Хайбуллин, М. С. Адишева, Р. Р. Нурланова, Б. Б. Кулумбаева,
Ш. М. Кайрамбаева, С. С. Абдулланова

Медицинский центр Государственного медицинского университета г. Семей,
«Поликлиника семейного типа №1», г. Семей

Тұжырым

I-II дәрежелі нейросенсорлы керекдікті нейромединамен эндууралды электрофорезбен емдеу

Нейромединді сыртқы құлақтың жолы арқылы электрофорез әдісімен енгізу есту қабілеті нашарлаған балалардың керекдігін емдеу барысында тиімділігі анықталды.

Summary

Endouralis electrophoresis of neyromedini with neurosensory hypoacusis of I-II degree

The impact of neyromedini by endouraly electrophoresis has a positive effect on the auditory function of children, hearing loss which is driven primarily by a pathology of pregnancy and childbirth, and to a lesser extent with hereditary diseases, accompanied by the defeat of the auditory analyzer.

Актуальность проблемы. Проблема хронической нейросенсорной тугоухости и глухоты (ХНСТ) у детей постоянно находится в центре внимания исследователей. Это объясняется тем, что число детей с тугоухостью и глухотой не снижается, а многие факторы, воздействующие на орган слуха растущего организма ребенка, приобретают в современных условиях все большее значение. Согласно выборочной статистике, а также при близительным расчетам ВОЗ, в России более 1 млн. детей и подростков с нарушением слуха насчитывалось в 2001 году, причем к 2020 году ожидается увеличение численности населения с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30% /2, 4/.

Между тем, определение распространенности заболевания в детской популяции, выявление неблагоприятных факторов, наиболее часто приводящих к рождению детей с тугоухостью или способных вызвать снижение слуха, особенно в раннем возрасте, позволяют провести эффективные профилактические мероприятия для предотвращения данной патологии.

Кроме того, применяемый современный наиболее эффективный метод реабилитации тугоухости и глухоты, а именно: кохлеарная имплантация, не способен решить проблему, так как из 250 млн. человек в мире с нарушениями слуха вживленные кохлеарные протезы используют немногим более 50 тысяч человек /2, 5/.

Имеющаяся консервативная комплексная терапия нарушений слуха у детей, в которой наиболее широко представлена медикаментозная терапия и физиотерапевтические методики, характеризуется весьма малой эффективностью /1/. Высокая стоимость и недостаточная эффективность лекарственной терапии ХНСТ, особенно у детей, предопределяют поиск немедикаментозных, неинвазивных способов лечения, разработку новых подходов к социальной адаптации детей с потерей слуха.

Глухой ребенок» - это не только медицинская, но и социальная проблема воспитания, образования и адаптации пациента в сложных современных условиях. Снижение слуха в возрасте до 2-3-х лет часто приводит к задержке не только речевого развития, но и оказывает неблагоприятное воздействие на интеллектуальное и психомоторное развитие ребенка, что затрудняет его общение с окружающими и изолирует его от общества /3/.

Успешность реабилитации слабослышащего или глухого ребенка зависит не только от характера и сте-

пени поражения слухового анализатора, но и от состояния высших психических функций, окружающей ребенка речевой среды, особенностей реабилитационного процесса.

Сложность и отсутствие завершенности системы реабилитации и абилитации детей со сниженным слухом в современных условиях дефицита средств приводит к необходимости ее совершенствования и развития.

Значительное место в комплексной терапии ХНСТ принадлежит физиолечению, в том числе лекарственному электрофорезу. Ионы лекарственных веществ, поступивших в организм при электрофорезе, удерживаются в коже около 3-х недель, в течение этого времени поступают из депо в кровь (продолгование эффекта). Длительная задержка ионов лекарственных веществ в кожном депо, а также возможность сконцентрировать действие лекарственного вещества на ограниченном участке тела, является важной особенностью электрофореза.

Цель работы. На основании анализа эффективности эндуурального электрофореза нейромедина у детей, страдающих нейросенсорной тугоухостью, в условиях МЦ ГМУ г. Семей и поликлиники семейного типа №1 ПСТ №1.

Задачи исследования. Определить эффективность эндуурального электрофореза нейромедина при ХНСТ.

Материал и метод исследования. Применение эндуурального электрофореза нейромедином при лечении невропатической боли проведено у 30 больных в возрасте от 5-15 лет. Наш опыт применения электрофореза Нейромидина у больных с ХНСТ показал его высокую клиническую эффективность, стойкость и длительность клинического эффекта, хорошую переносимость, минимум побочных эффектов, результатом чего явилось значительное улучшение слуха, уменьшение шума и улучшение качества жизни.

В основе спектра фармакологической активности Нейромидина лежит биологически выгодная комбинация двух молекулярных эффектов - блокада калиевой проницаемости мембраны и обратимое ингибирование холинэстеразы, действие которых приводит к непосредственному стимулирующему влиянию на проведение импульса в нервно-мышечном синапсе и в ЦНС. При этом решающую роль играет блокада калиевой проницаемости мембраны, которая приводит к продлению реполяризационной фазы потенциала действия мембраны и повышению активности пресинаптического

аксона. Это сопровождается увеличением входа ионов кальция в пресинаптическую терминаль, и как следствие, усилением выброса медиатора в синаптическую щель во всех синапсах.

Повышение концентрации медиатора в синаптической щели способствует усилению стимуляции постсинаптической клетки вследствие медиатор-рецепторного взаимодействия.

В холинергических синапсах ингибирование холинэстеразы вызывает еще большее накопление нейромедиатора в синаптической щели и усиление функциональной активности постсинаптической клетки (сокращение, проведение возбуждения).

Таким образом, Нейромидин действует на все звенья в цепи процессов, обеспечивающих проведение возбуждения. Нейромидин усиливает действие на гладкие мышцы не только ацетилхолина, но и адреналина, серотонина, гистамина и окситоцина. Нейромидин также блокирует натриевую проницаемость мембраны, однако, существенно слабее чем калиевую, с чем связаны его слабые седативные и анальгетические свойства.

Нейромидин обладает следующими фармакологическими эффектами:

- восстанавливает и стимулирует нервно-мышечную передачу;
- восстанавливает проведение импульса в периферической нервной системе, нарушенного вследствие воздействия различных факторов, таких как травма, воспаление, воздействие местных анестетиков, некоторых антибиотиков, калия хлорида, токсинов и других факторов;
- увеличивает сократимость гладкомышечных органов под влиянием всех агонистов, за исключением калия хлорида;
- специфически умеренно стимулирует ЦНС с отдельными проявлениями седативного эффекта;

Заключение:

Выводы. Воздействие нейромедина путем эндорального электрофореза оказывает положительное влияние на слуховую функцию детей, тугоухость которых обусловлена преимущественно патологией беременности и родов, а также в меньшей степени при наследственных заболеваниях, сопровождающихся поражением слухового анализатора.

Практические рекомендации. Наличие положительного эндорального электрофореза нейромедином на слуховую функцию позволяет рекомендовать его применение в комплексе медицинской реабилитации слабослышащих и глухих детей и более эффективной их интеграции в общество.

Литература:

1. Гурьева М.Г. Организация коррекционной работы с тугоухими дошкольниками в городском детском сурдологическом центре / М.Г. Гурьева, Т.Ю. Мусохранова // Новости оториноларингологии и логопатологии. 1999. - №1. - С.49-52.
2. Комарова Е.В. Влияние раздражения слухового анализатора у здоровых лиц на вегетативную нервную систему. Е.В. Комарова // Новости оториноларингологии и логопатологии. 1999. - №1. - С.52-54.
3. Кузьмичева Е.П. Развитие речевого слуха у глухих / Е.П. Кузьмичева. - Москва: Педагогика, 1983. 160с.
4. Устинова Н.Н. Вопросы эпидемиологии детской тугоухости и качественная оценка слуха у детей раннего возраста. Автореф. дис. . канд. мед. наук / Н.Н. Устинова. Екатеринбург, 2001. - 24с.
5. Attanasio G. Protective effect of allopurinol in the exposure to noise pulses / G. Attanasio, E. Cassandro, L. Sequino et al. Acta- Otorhinolaryngol- Ital. 1999. -Vol.19, №1.-P.6-11.

УДК 616.7+615.844.6

ФОНОФОРЕЗ ДИПРИЛИФА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

М. С. Адишева

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Тұжырым

Тірек-қозғалыс аппаратының сырқаттары кезінде диприлифпен фонофорез

Тірек-қимыл жүйесінің зақымдалуы кезінде науқастардың жалпы жағдайының деңгейін жоғарылатуда диприлифпен фонофорез өте тиімді ем екендігі анықталды.

Summary

Phonophoresis of dyprilif in diseases of the musculoskeletal system

The proposed phonophoresis dipriliv developed on the basis of the identified changes of condition of the support-motor apparatus and inner organs is an effective means of increasing the level of physical condition of patients with disorders of the musculoskeletal system.

Актуальность темы. Непрерывающийся интерес к проблеме заболеваний опорно-двигательного аппарата в детском и юношеском возрастах связан с такими немаловажными аспектами как выраженный болевой синдром, длительное снижение трудоспособности, дорогостоящее и продолжительное лечение, ухудшение качества жизни, возможность инвалидизации. Цельный ряд проявлений соединительно-тканых дисплазии, таких как изменение величины физиологических

изгибов позвоночника и его положение во фронтальной плоскости (сколиотическая осанка), продольное и поперечное плоскостопие, гипермобильность суставов, могут явиться одной из серьезных причин перегрузки различных отделов опорно-двигательного аппарата, что в дальнейшем приводит к возникновению травм и заболеваний как самого опорно-двигательного аппарата, так и внутренних органов /1,2/.

В настоящее время под синдромом дисплазии соединительной ткани понимают полигенно-мультифакториальный синдром, проявляющийся диспластическими изменениями соединительной ткани в сочетании с внешними фенотипическими признаками и клинически значимой дисфункцией одного или нескольких внутренних органов /4/. Согласно современным представлениям в основе возникновения данного синдрома лежит генетически обусловленное нарушение соотношения между содержанием коллагенов различного типа /7/. По данным Э.В.Земцовского (1998), все чаще встречаются пациенты с "размытыми" фенотипическими признаками соединительнотканной дисплазии (СТД), что дало основание многим авторам предлагать собственные названия для обозначения недифференцированных соединительнотканной дисплазий (НСТД). Говорят также о дисфункции или слабости соединительной ткани, о мезенхимальной недостаточности или синдроме "малых" СТД.

Прогрессивно возрастающее число экзогенных и эндогенных факторов риска возникновения изменений состояния опорно-двигательного аппарата, убедительное доказательство роли последних в комплексе причин, провоцирующих и поддерживающих различные предпатологические и патологические проявления со стороны внутренних органов, придают особую значимость проблеме, особенно, когда речь идет о периоде роста и созревания организма человека. Микротравмы, возникающие в детском и подростковом возрасте при чрезмерных и неоптимальных физических нагрузках без учета индивидуальных особенностей развития организма, имеют большее отрицательное значение, чем в пожилом возрасте, а также отмечают недостаточный уровень фундаментальных исследований и конкретных знаний по закономерностям роста и созревания детей и подростков, отсутствие надежных критериев определения, оценки и прогнозирования ряда важнейших характеристик физического развития, а также зависимости приспособительных возможностей организма к физическим нагрузкам от уровня отдельных характеристик физического развития /3,7/. Врачи и работники физкультуры, чаще всего, не имеют необходимых знаний для назначения рекомендаций по двигательной активности в подростковом и юношеском возрастах в целях профилактики, лечения и реабилитации заболеваний опорно-двигательного аппарата /1/.

Однако, достижение положительного эффекта от восстановительных мероприятий возможно только при правильной оценке доли в клинической картине нарушения функции механического повреждения и структурной дисфункции, а так же механизма компенсации имеющихся нарушений. Показания к применению препарата диприлиф это заболевания опорно-двигательного аппарата (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, остеоартроз, остеохондроз с корешковым синдромом, радикулит, люмбаго, ишиас); ревматические заболевания мягких тканей (тендовагинит, бурсит, поражение периартикулярных тканей); посттравматическое воспаление мягких тканей и суставов (вследствие растяжений, перенапряжений и ушибов); боли в спине, пояснице.

Отсутствие внимания к диспластическим процессам соединительной ткани может привести к значительному снижению эффективности использования

лечебных мероприятий, традиционно применяемых при повреждениях опорнодвигательного аппарата, а так же вызвать ухудшение состояния пациентов /5,6/.

Цель исследования: Оценить эффективность фонорезадиприлифа у пациентов молодого возраста с морфо-функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях поликлиники .

Задачи исследования:

1. Изучить клинические проявления нарушений функции опорно-двигательного аппарата юношей и девушек в возрасте от 15 до 20 лет, обратившихся в поликлинику восстановительного лечения по поводу боли в спине.

2. Оценить клиническую эффективность фонорезадиприлифа у больных с морфо-функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Выводы.

1. Среди обследованных юношей и девушек в возрасте от 15 до 20 лет, проживающих в городских условиях достаточно высока частота выявления патобиомеханических нарушений опорно-двигательного аппарата в виде изменения положения позвоночника, костей таза, функционального блокирования в различных сочленениях, выраженной асимметрии тонуса в отдельных группах мышц, выполняющих основную поструральную функцию.

2. Предлагаемый фонорез диприлифа разработанный на основании выявленных изменений состояния опорно-двигательного аппарата и внутренних органов является эффективным средством повышения уровня физического состояния пациентов с морфо-функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Литература:

1. Аухадеев ЭИ. Проблемы содержания и организации двигательной активности — интегрального фактора профилактики болезней, лечения и реабилитации больных. // Медицина, физкультура и спорт. Материалы научно-практической конференции. Ижевск, 2000. — С. 5.
2. Давлиев А.А., Аухадеев Э.И. Факторы риска острых травм на фоне функционально-трофических нарушений в аппарате движения. //Вестник спортивной медицины России. -1999. №3(24). - С. 18-19.
3. Егоров Е.Н. Влияние спортивной нагрузки на опорно-двигательный аппарат спортсмена //Вестник спортивной медицины России. — 1999. -№3(24). - С. 20.
4. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца. СПб.: Политекс, 1998. — 96с.
5. Лагода О.О. Морфо-функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата как аспект в системе медицинского контроля за юными спортсменами. -Дисс. на соискание уч. Ст. канд. Мед. Наук.-М.- 2001.-С.167
6. Макарова Г.А. Клиника и спорт. Краснодар, 1997. - 176с.137. 58. Макарова М.Р. Проблемы плоскостопия у детей и взрослых. // Медицинская помощь. М. Медицина, 2001. - №1 - С.24-28.
7. BoucteulasiKoHbach A., Baker P. et al Mitral valve prolapse and the mitral valve prolapse syndrome: a diagnostic classification and pathogenesis of symptoms //Amer. Heart J. — 1989. Vol. 118, N 4. - P. 796-&18.

УДК616.33+616-002.77-08

ПРОБЛЕМА НПВП-ГАСТРОПАТИЙ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**¹З.К. Жумадилова., ¹Ж.Е. Муздубаева, ²К.Б. Секербаев, ²С.А. Алиева, ³Б.Р. Смаилова*****Государственный медицинский университет города Семей¹******Отряд противопожарной службы №2, г. Семей². Учреждение микрополиклиника Вита, г.Семей³***

В статье описана структура поражения ЖКТ у ревматологических больных и эффективность Контролока для лечения НПВП-гастропатий.

Ревматологиялық науқастардағы қабынуға қарсы стероидты емес дәрілік гастропатиясының мәселесі

Мақалада ревматологиялық науқастардағы асқазан – ішек жолдарының зақымдалуы және қабынуға қарсы стероидты емес дәрілік гастропатиясын емдеуде Контролок препаратының тиімділігі туралы жазылған.

NSAIDs-induced gastropathy in rheumatological patients

Gastro-intestinal tract pathology in rheumatological patients and efficiency of Controloc for NSAIDs-induced gastropathies treatment are described in article.

Нестероидные противовоспалительные препараты (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 заблевающего ревматической природы. Такого одновременного сочетания положительных эффектов не наблюдается ни у одного из известных в медицине лекарственных средств [1,2,3].

Хорошо известно, что наиболее характерным и частым побочным эффектом при применении данного класса препаратов является токсическое воздействие традиционных НПВП на слизистую оболочку пищеварительного тракта, в подавляющем большинстве случаев проявляющееся развитием эрозивно-язвенного процесса в гастродуоденальной зоне, так называемой НПВП-индуцированной гастропатии [4,5]. НПВП-гастропатии в настоящее время представляют серьезную медико-социальную проблему из-за широкого применения НПВП в клинической практике.

По данным авторов, язвы желудка или ДПК выявляются у 10-15 % пациентов, регулярно принимающих НПВП, а ЖКК или перфорация в течение года может развиться в 1-1,5 % случаев [6,7,8].

НПВП-гастропатии возникают на ранних сроках от начала приема лекарственных средств (1-3 месяца) [9, 10]. В отличие от обычной язвенной болезни, когда преобладающей локализацией язв является луковица ДПК, при НПВП-гастропатии язвы желудка выявляются чаще - в соотношении примерно 1 : 1,5 [11]. Типичной локализацией НПВП-индуцированных язв и эрозий является антральный отдел желудка, при этом язвы чаще единичные, относительно небольшого размера и неглубокие, а эрозии часто множественные. Морфологическая картина при НПВП-гастропатии достаточно неспецифична. Хотя НПВП могут вызывать своеобразные изменения слизистой оболочки, соответствующие гистологической картине «химического» гастрита, в большинстве случаев эта патология маскируется проявлениями гастрита, ассоциированного с *H. pylori* [12]. В отличие от *H. pylori* — ассоциированной язвенной болезни, при которой характерным фоном язвы является хронический активный гастрит, при НПВП-гастропатии язвы могут выявляться при минимальных изменениях слизистой оболочки [13].

Считается, что при НПВП-гастропатии отсутствует субъективная симптоматика (так называемые немые язвы). Следует отметить, что данный феномен зачастую определяется не истинным отсутствием симптоматики, но ее умеренной выраженностью или тем, что жалобы, связанные с основным заболеванием, беспокоят пациента существенно больше, чем жалобы со стороны ЖКТ [14]. Однако даже полное отсутствие жалоб не позволяет исключать наличия серьезной патологии. Поэтому эндоскопическое исследование является единственным своевременным и точным методом диагностики НПВП-гастропатии.

Эффективными гастропротекторами, которые должны использоваться для профилактики НПВП-гастропатии, по мнению большинства экспертов, являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Назначение этих препаратов в комбинации с неселективными НПВП позволяет снизить риск развития серьезных ЖКТ-осложнений как минимум на 50 % [15].

Решающим фактором выбора ИПП являются не скорость блокирования трансмембранного переноса ионов водорода и раннее купирование болевого синдрома (как правило, он не выражен или отсутствует), а постепенное и длительное по времени и интенсивное по выраженности ингибирование кислотопродукции.

Из присутствующих на рынке ингибиторов протонной помпы перечисленными качествами обладает пантопразол. По сравнению с другими ИПП он слабо влияет на активность системы цитохрома P450, что отчетливо снижает его влияние на метаболическую элиминацию одновременно принимаемых препаратов по сравнению с омепразолом или лансопразолом [16]. Пантопразол в отличие от омепразола и эзомепразола не аккумулируется в организме после приема повторных доз.

При лечении эрозивно-язвенных поражений на фоне приема НПВП пантопразол рекомендуется использовать в дозе 40 мг/сут, причем более эффективное подавление желудочной секреции происходит при приеме препарата утром. Применение пантопразола показано также с целью длительной поддерживающей профилактики язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта. По данным Н. Heinze и соавт. [17], использование пантопразола для лечения больных язвенной болезнью в течение 10 и более лет не сопровождалось рецидивами заболевания и существенными побочными эффектами, что полностью соответствует требованиям, предъявляемым к препарату для профилактики и лечения НПВП-гастропатий.

Цель исследования: изучение структуры НПВП-гастропатий у пациентов ревматологического профиля и эффективности пантопразола для их лечения.

Материалы и методы исследования: исследуемую группу составили 60 больных (81,7% женщин, 18,3% мужчин), поступивших для госпитализации в ревматологическое отделение и обратившихся к ревматологу консультативной поликлиники МЦ ГМУ г. Семей. Средний возраст больных составил 52,6±15,7 лет.

Результаты исследования:

Как видно из диаграммы 1, большинство пациентов (48,3%) страдали дегенеративными заболеваниями суставов и позвоночника, ревматоидным артритом (26,7%) и реактивными артритами (15% больных).

При изучении характеристики больных получены следующие данные, представленные в таблице 1.

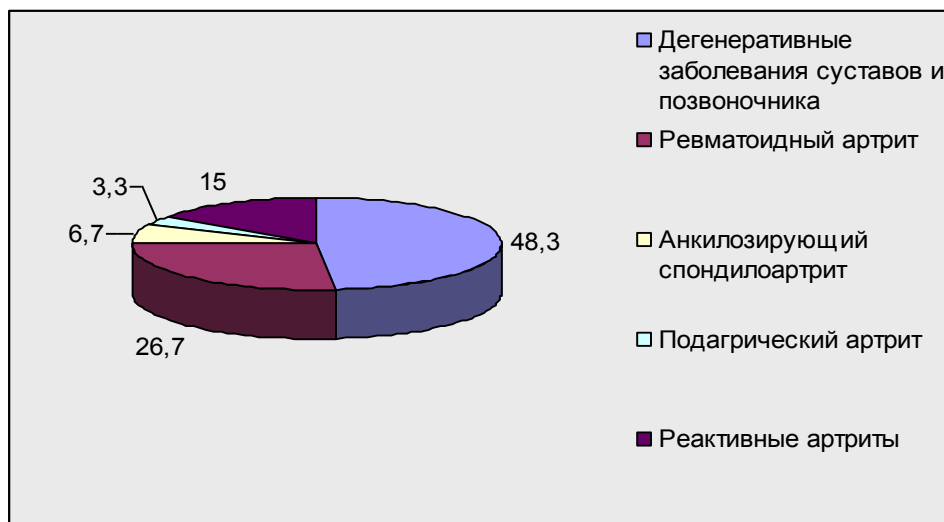


Диаграмма 1

Таблица 1 - Характеристика обследованных больных

Показатели	Кол-во больных	%
Курение	9	15,0
Прием алкоголя	5	8,3
Прием препаратов для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы	18	30,0
Прием низких доз ацетилсалициловой кислоты	8	13,3
Прием глюкокортикоидов	7	11,6
Прием цитотоксических препаратов	10	16,7
Прием хондропротекторов	21	35,0
Язвенный анамнез	4	6,7
Язвенный анамнез у родственников	9	15,0

Как видно из таблицы, курящих больных было относительно немного - 15%. На вопрос о том, употребляет ли больной алкоголь чаще, чем 1 раз в неделю, положительно ответили только 8,3% больных.

Среди лекарственных препаратов пациенты наиболее часто использовали хондропротекторы, антигипертензивные средства и ацетилсалициловую кислоту в антиагрегантных дозах, значительно реже глюкокортикоиды (ГК), цитотоксические препараты (преимущественно метотрексат).

Наличие язвенного анамнеза было отмечено у 6,7% больных. Выше был процент пациентов, отметивших наличие язвенного анамнеза у близких родственников - 15%.

При изучении вопроса, какие НПВП чаще применяли наши больные оказалось, что большинство больных (71,7%) принимали неселективные НПВП, в то время как селективные ингибиторы ЦОГ-2 принимали 28,3% опрошенных (диаграмма 2).

Несомненным лидером является диклофенак (38,4%). Среди других традиционных НПВП чаще других используется индометацин, существенно опережая ацеклофенак, мелоксикам и ибупрофен. Среди селек-

тивных НПВП наиболее часто использовался нимесулид (18,3% от общего числа пациентов). 10% больных принимали иные НПВП - кетопрофен, кеторолак. Длительность приема НПВП составила: менее 3 месяцев – 21,7%, от трех месяцев до 1 года - 25%, более года – 53,3% больных.

Одним из важных аспектов данной проблемы представляется широкое использование так называемых «традиционных» НПВП и меньшее использование более безопасных селективных ЦОГ-2 ингибиторов. Опрос пациентов показал, что подавляющее большинство из них принимают диклофенак - выбор, несомненно, в большей степени определяющийся не столько эффективностью, а прежде всего наличием в аптечной сети огромного количества дешевых генериков этого препарата. Тревожным представляется тот факт, что довольно много больных до сих пор принимают индометацин, один из наиболее опасных в плане развития нежелательных эффектов НПВП.

При изучении распространенности ЖКТ-патологии у опрошенных больных (таблица 2) обнаружено, что клинические симптомы НПВП-ассоциированной диспепсии отмечали 48,3% больных.

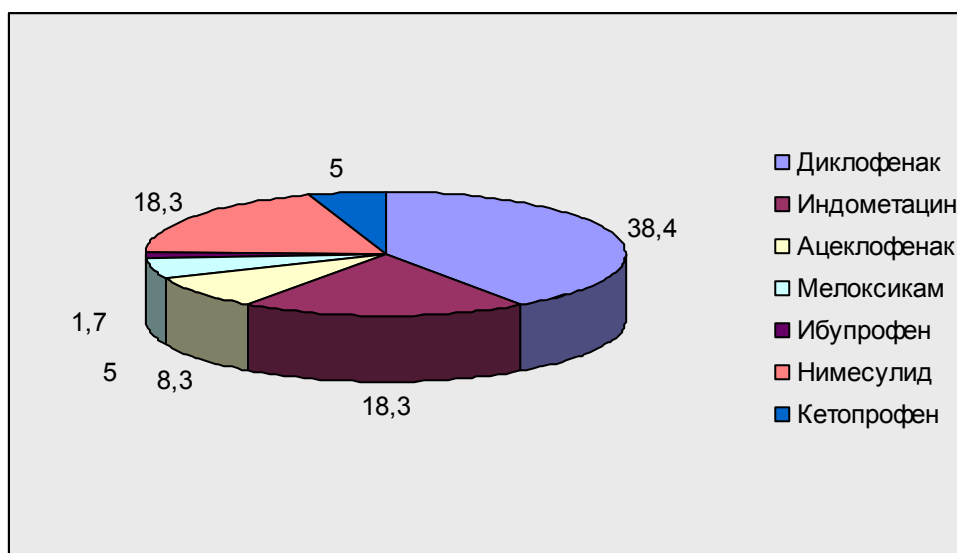


Диаграмма 2. НПВП, применяемые обследованными больными (%)

Таблица 2. - Распространенность ЖКТ-патологии (% от общего числа больных)

Патология	Частота, %
Эрозивно-язвенное поражение желудка и/или ДПК	13,3
ЖКК или перфорация язвы	1,6
Наличие жалоб со стороны ЖКТ в течение последних 3-х месяцев	33,4
Отсутствие патологии	51,7

33,4 % больных ответили положительно на вопрос, были ли у них жалобы со стороны ЖКТ в течение последних 3 месяцев. Эрозивно-язвенное поражение же-

лудка и/или ДПК в период приема НПВП было выявлено у 13,3% больных. В таблице 3 представлен характер жалоб со стороны ЖКТ у обследованных пациентов.

Таблица 3. - Характер и частота жалоб со стороны ЖКТ (% от общего числа больных).

Жалобы	2-3 раза в неделю		Каждый день или, почти каждый день		Всего	
	Кол-во больных	%	Кол-во больных	%	Кол-во больных	%
Изжога	15	25,0	8	13,3	23	38,3
Боли	17	28,3	6	10,0	23	38,3
Отрыжка	16	26,7	11	18,3	27	45,0
Тяжесть в эпигастрии	12	20,0	4	6,7	16	26,7
Тошнота	13	21,7	7	11,7	20	33,4
Метеоризм	10	16,7	10	16,7	20	33,4
Диарея	3	5,0	2	3,3	5	8,3
Запоры	7	11,7	7	11,7	14	23,4

Как видно из таблицы, наиболее часто пациенты отмечали наличие изжоги, отрыжки, боли в эпигастрии и метеоризм.

Всем больным с признаками НПВП-гастропатии дополнительно к основной терапии был назначен пантопразол (Контролок) в дозе 40 мг утром перорально.

На фоне лечения основного заболевания эпигастральные боли и клинические проявления синдрома желудочной диспепсии уменьшились уже на вторые сутки. У половины больных, получавших ИПП, на 4 день уменьшилось вздутие живота. Через неделю от начала приема Контролока жалоб со стороны ЖКТ больные не отмечали. ФГДС-контроль, проведенный через месяц у больных с эрозивно-язвенным поражением антрального отдела желудка и луковицы ДПК, показал отсутствие дефектов слизистой.

Обсуждение:

Результаты нашего исследования показали, что клинические симптомы НПВП-ассоциированной гастропатии отмечали 48,3% больных. Причем у трети больных (33,4%) имелись различные жалобы со стороны

ЖКТ, а частота развития язв желудка и ДПК отмечалась у 13,3% больных, длительно принимающих НПВП.

Кроме этого, клинические проявления НПВП-гастропатии влияют на качество жизни: больные вынуждены обращаться к врачу, проходить ФГДС, соблюдать диету, принимать различные лекарства для купирования неприятных симптомов. Сопутствующий прием гастропротекторов и проведение диагностических процедур для исключения серьезной патологии ЖКТ фактически удваивает реальную стоимость терапии НПВП.

Проведенный анализ позволил выделить определенные факторы, способствующие появлению субъективных симптомов - это пожилой возраст больных, язвенный анамнез, сопутствующий прием ГК, цитотоксических препаратов и антиагрегантных доз ацетилсалициловой кислоты, а также курение.

Следует отметить тот факт, что хотя использование селективных ЦОГ-2 ингибиторов снижает риск развития НПВП-ассоциированной диспепсии, однако симптомы со стороны ЖКТ возникают при приеме этих препаратов достаточно часто.

Суммируя полученные данные, мы можем сделать вывод, что требуется врачебная настороженность в отношении серьезных осложнений со стороны ЖКТ у больных, принимающих НПВП. При активном назначении НПВП, необходимо назначать гастропротекторы. Контроль в суточной дозе 40 мг является безопасным и высокоэффективным препаратом выбора для профилактики и терапии гастропатий и эрозивно-язвенных изменений, вызванных приемом НПВП, в том числе у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями, требующими медикаментозного лечения.

Литература:

1. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты при ревматических заболеваниях: стандарт лечения. РМЖ 2001; 9 (7-8). – 358с.
2. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине). Москва, Издательство «Анко», 2000; 142 с.
3. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Корешков Г.Г. НПВП-индуцированная диспепсия: распространенность и возможность медикаментозной коррекции // Научно-практическая ревматология. 2003. № 5. С. 76-78.
4. Евсеев М.А., Веренко А.М. Возможность проведения терапии НПВП у пациентов с эрозивно-язвенным поражением гастродуоденальной зоны. // Consilium medicum. 2007. том 9. №8. - С. 129-134.
5. Каратеев А.Е., Коновалова Н.Н., Литовченко А.А. и др. НПВП — ассоциированное заболевание ЖКТ при ревматизме в России // Клиническая медицина. 2000. № 5. - С. 33-39.
6. Сороцкая В.Н., Каратеев А.Е. Желудочно-кишечные осложнения как одна из причин смерти больных ревматическими заболеваниями // Научно-практическая ревматология. 2005. № 4. - С. 34-38.
7. Шостак Н.А., Рябкова А.А., Савельев В.С. и др. Желудочно-кишечное кровотечение как осложнение гастропатий, связанных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Терапевтический архив. 2003. № 5. - С. 70-74.
8. Fries J, Kristen N, Bennet M, et al. The rise and decline of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastropathy in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2004;50:2433-40.
9. Насонов Е.Л., Каратеев А.Е. Поражения желудка, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Клиническая медицина. 2000. № 3. С. 4-10 (часть 1); № 4. - С. 4-9 (часть 2).
10. Singh G. Recent consideration in nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. Am J Med 1998;105:31-38.
11. Brooks P.M., Day R.O. Non-steroidal anti-inflammatory drugs: differences and similarities. N. Engl. J. Med. 1993;324:1716-1725
12. Ishikawa N, Fuchigami T, Matsumoto T. et al. Helicobacter pylori infection in rheumatoid arthritis: effect of drugs prevalence and correlation with gastroduodenal lesions. Rheumatology 2002; 41:72-77.
13. Каратеев А.Е., Муравьев Ю.В., Раденская Лоповок С.Г. и др. Эффективность антихеликобактерной терапии при НПВП-индуцированной гастропатии // Клиническая медицина. 2003. № 4. - С. 37-41.
14. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Корешков Г.Г. НПВП-индуцированная диспепсия: распространенность и возможность медикаментозной коррекции // Научно-практическая ревматология. 2003. № 5. - С. 76-78.
15. Singh G., Triadafilopoulos S. Appropriate choice of proton pump inhibitor therapy in the prevention and management of NSAID-related gastrointestinal damage // Int J Clin Pract 2005; 59: 1210-1215.
16. Логинов А.Ф. Нестероидная гастропатия: современные методы профилактики и лечения // Гастроэнтерология. 2011. № 3. С. 10-16.
17. Heinze H., Preinfalk J., Athmann C., et al. Clinical efficacy and safety of pan-toprasole in severe acid-peptic disease during up to 10 years maintenance treatment // Gut. 2003. Vol. 52. Suppl. 6. P. A63.

УДК 616.8-009.1-08+615.873

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ КЕТОНАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Т.В. Каймак, М. С. Адишева, Р. Р. Нурланова, Ж.К. Ташимбетова

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,
Курчатовская городская больница, г. Курчатов

Тұжырым

Бұлшық ет-фасциалық ауырсыну синдромдарын кетоналды ультрадыбыс көмегімен тарату арқылы емдеу

Ұсынылған кетоналды ультрадыбысты жолмен мойын және иық-жауырын аймағында ауырсынуларда қолдану нәтижесінің тиімділігі анықталды.

Summary

Ultrasound therapy ketonal in the treatment of muscular-fascial pain syndromes

In the basis of mechanism of action of ultrasound is based on three main factors: mechanical, physical-chemical, thermal. The therapeutic effect of ultrasound - improves the functional state of the peripheral and central nervous system. The proposed ultrasound therapy ketonal is more effective

Цервикалгии стойко удерживают 3 место среди болевых синдромов по обращаемости за медицинской помощью, играют важную роль в увеличении дней нетрудоспособности населения, снижении качества жизни

у лиц молодого и среднего возраста. Боль в шее отмечается почти у половины взрослого населения, причем стойкая боль в шее отмечается примерно у 23% женщин и 17% мужчин. Частота болей в шее и инвалидиза-

ции не увеличивается с возрастом и не коррелирует с возрастными дегенеративными изменениями позвоночника /6/. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные неспецифической миофасциальной боли, многие вопросы патогенеза, диагностики и дифференцированного лечения остаются неясными. Мышцы, осуществляющие движение в плечелопаточной области и шее, иннервируются ветвями шейных спинномозговых нервов и черепно-мозговыми нервами, а тонус сосудов, кровоснабжающих эти мышцы, регулируется волокнами от грудного отдела симпатического ствола. То есть функция этих мышц зависит от состояния как шейного, так и грудного отделов позвоночника. Мышцы шеи регулируют правильную ориентацию головы, поэтому неоптимальная статика позвоночника сказывается на функционировании этих мышц. При движениях в шейном отделе позвоночника включаются не только мышцы непосредственно этого региона, но и мышцы плечевого пояса, спины, поясницы. При достаточно большом объеме выполняемого движения происходит ротация и латерофлексия позвоночного столба, и организм для сохранения равновесия или позы вынужден компенсаторно напрягать мышцы и в других регионах. А в связи с тем, что эти мышцы связаны между собой рефлекторными связями, то и проблемы в этих отдаленных мышцах непременно скажутся рефлекторным ослаблением или укорочением соответствующих мышц шейного региона и возникновением в них болевых (триггерных) точек.

Некоторые мышцы шеи (лестничные, грудноключично-сосцевидные), являются дополнительными дыхательными мышцами и могут перегружаться при дисфункции дыхательной диафрагмы.

Афферентные нервные волокна из подзатылочных мышц имеют анатомические связи с глазодвигательными мышцами и жевательными мышцами, а также с вестибулярными ядрами, что является основой цервиковестибуло-окулярных рефлексов /5/. Если у человека имеются дисфункции жевательного комплекса или нарушения зрения, то у него может возникнуть функциональный блок C0-C1-CII позвоночно-двигательных сегментов, боль и ограничение движения в шейном отделе позвоночника /6/.

Таким образом, на биомеханику плечевого пояса оказывают влияние различные структуры опорно-двигательной системы.

Методы визуализации (рентгенография, КТ, МРТ) незаменимы в диагностике структурных изменений, малоинформативны при функциональной патологии.

Достаточно хорошо изучены синдромы, сопровождающиеся слабостью мышц при поражениях эфферентного звена системы регуляции. Двигательные нарушения типа «афферентный парез» часто интерпретируются практическими врачами с точки зрения теории центральных и периферических парезов, реже - апрактических расстройств и совсем редко как сенситивная атаксия /1,3/. Роль рефлекторно-афферентных дисфункций в патогенезе мышечного дисбаланса остается малоизученной. Концепция «неврологических проявлений остеохондроза позвоночника» определила подходы к диагностике и лечению /2,5/. Врачи не всегда обладают достаточными знаниями о функциональных особенностях позвоночника и мышечно-фасциальной системы, вследствие чего недооценивают роль функциональных нарушений опорно-двигательной системы в происхождении болевых синдромов /4/. В настоящее время при лечении мышечно-фасциальных болевых синдромов (МФБС) в основном внимание обращается

на болезненные мышечные уплотнения и триггерные точки.

В доступной литературе мы не встретили работ по лечению мышечно-фасциальных болевых синдромов плечелопаточной области и шеи при системной коррекции мышечного дисбаланса с восстановлением правильной биомеханики плечевого пояса и шеи. **Цель исследования:** оценить эффективность ультразвуковой терапии кетонала пациентов с мышечно-фасциальными болевыми синдромами плечелопаточной области и шеи.

Материал и методы. Проведена ультразвуковая терапия кетоналом 39 больным с мышечно-фасциальными болевыми синдромами плечелопаточной области и шеи. Возраст больных составлял от 12 лет до 50 лет. Ведущим патогенетическим механизмом формирования мышечно-фасциального болевого синдрома плечелопаточной области и шеи являлось нарушение нервной регуляции. Характерная особенность висцеральной боли в шее в отличие от соматической — усиление боли ночью, больные не испытывают облегчения от отдыха. Установлено, что использование кетонала при лечении пациентов с мышечно-фасциальными болевыми синдромами плечелопаточной области и шеи, учитывающего клинические особенности МФБС, психический статус пациента, патобиомеханические нарушения в опорно-двигательной системе и тип дыхания достоверно снижает частоту возникновения рецидивов заболевания по сравнению с традиционным подходом к лечению. В основе механизма действия ультразвука лежат три основных фактора: механический, физико-химический, тепловой. Терапевтическое действие ультразвука - улучшается функциональное состояние периферической и центральной нервной системы. Стимулируется восстановление нервных волокон, понижается болевая чувствительность. Улучшается местное кровообращение. Улучшается моторная, эвакуаторная функция желудка. Снижаются спазмы бронхов, повышается диурез.

Используют чаще малые и средние дозировки, продолжительность озвучивания 1 поля 2-5 мин. максимальное озвучивание 15 минут, стабильное озвучивание до 5 мин. Число процедур от 5-8 до 10-12.

Результаты лечения более выражены через 30-45 дней. Детям ультразвук назначается с 12-х лет, слабой интенсивности, не более 10 минут, избегая воздействия на ростковые зоны костей.

Вывод. Предложенная ультразвуковая терапия кетонала является более эффективным, чем традиционное лечение и может быть рекомендован для широкого практического внедрения. Пациенты с постоянным, не связанным с движением болевым синдромом плечелопаточной области и шеи должны быть целенаправленно обследованы на предмет висцеральной патологии, даже если нет других признаков заболеваний внутренних органов. Назначать нестероидные противовоспалительные препараты этим пациентам можно только после исключения заболеваний желудка.

Литература:

1. Ананьин Н.Н. Афферентные парезы в клинике нервных болезней: Дисс. канд. мед. наук. Новосибирск, 1983. — 18 с.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем / П.К.Анохин// -М., медицина, 1975. - 448 с.
3. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Н.А. Бернштейн. М.: Медицина, 1966. - 349 с.

4. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль / Г.А. Иваничев. Казань, 2007. - 392 с.

5. Попелянский А.Я. Клиническая пропедевтика мануальной медицины / А.Я. Попелянский. -М.: МЕД-пресс-информ, 2002. - 136 с.

6. Bartsch T. Increased responses in trigeminocervical nociceptive neurons to cervical input after stimulation of the dura mater / T. Bartsch, P.J. Goadsby // Brain. -2003.-N 126.-P. 1801-1813.

УДК 616.833.34-08+615.844.6

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ МИДОКАЛМА ПРИ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Т. В. Каймак, М. С. Адишева., Р. Р. Нурланова, Ш. М. Кайрамбаева

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Тұжырым

Бұлшық ет тоникалық синдромында мидокалммен электрофорез

Мидокалммен электрофорез емі бұлшық ет қатайып ауырсынуында 10-15 күн және 2 ай мерзімінде үзіліспен тағайындалады. Мойын остеохондрозы сырқатында тиімділігі анықталды.

Summary

Electrophoresis of midokalm to musculo-tonic syndrome

The duration of treatment electrophoresis with midokalm 10-15 days, with the subsequent 2 month break. In their psychic observation of the patient is recommended for 2-3 months to 1 year when stating the normal parameters of manual testing.

Актуальность темы. Плечелопаточный периартроз и сопутствующий ему миофасциальный болевой синдром плечевого пояса [4], занимают существенное место в структуре хирургической патологии и заболеваний периферической нервной системы, сопровождаются высокими показателями временной утраты трудоспособности и инвалидизации, что обуславливает медицинскую и социально-экономическую значимость дальнейшего изучения этиологии, патогенеза и лечения данных больных [6,8].

Патологический процесс, развивающийся в области плечевого сустава, протекает стадийно, с прогрессированием дегенеративно-дистрофических изменений в сухожилиях парасуставных мышц, надкостнице, серозных сумках, на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника. Мышечно-тонические реакции параартикулярной мускулатуры, выполняя компенсаторно-защитную роль, вызывают поток патологической импульсации и перегрузку соответствующих структур позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника. Рефлекторные изменения мышечно-фасциальных структур при плечелопаточном периартрозе на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника приводят к сдавлению проходящих в мышечно-фасциально-костных пространствах и каналах нервных и сосудистых стволов, развитию комплекса нарушения сосудистого цервик-брахиалгического кровотока. Это способствует усилению боли, формированию нейродистрофических и сосудистых нарушений. Патологическая импульсация из пораженного позвоночно-двигательного сегмента и вторично вовлекаемых мышечно-фасциальных образований вызывает дистрофически-продуктивный процесс, именуемый миофасциальными триггерными пунктами, способными вследствие напряжения, отека мышц и набухания фасциально-фиброзных структур сдавливать нервные стволы или сосуды в межмышечных и костно-мышечно-фиброзных пространствах [5].

Лечение данных заболеваний представляет собой трудную задачу. Врачам приходится воздействовать на многие патогенетические механизмы, что невольно ведет

к полипрагмазии, увеличению выраженности и частоты побочных явлений медикаментозной терапии [7].

Работами отечественных и зарубежных исследователей доказана с. высокая биологическая и лечебная активность лазерной и мануальной терапии при многих патологических процессах, в том числе сосудистых [2].

Патогенетическим обоснованием применения лазерной и мануальной терапии служат антиноцицептивный эффект, ликвидация неврологических проявлений остеохондроза позвоночника, нормализация блокирования позвоночно-двигательных сегментов, доказанное улучшение свертывающих свойств крови и т.д. [3].

Отмечаемый клиницистами рост заболеваемости, довольно низкая эффективность медикаментозного, физиотерапевтического и других методов общепринятого лечения диктуют необходимость изучения патогенеза и разработки более эффективных методик лечения данного заболевания. Поражения опорно-двигательного аппарата дегенеративно-дистрофического генеза, включая деформирующие остеоартрозы и остеохондроз позвоночника, относятся к тяжелейшим недугам человечества, а проблема их лечения является одной из ключевых в хирургии, клинике внутренних болезней, ортопедии, неврологии.

Ими страдает по данным разных авторов от 58 до 85% всего населения [1]. Традиционные методы лечения длительны и малоэффективны, требуют проведения продолжительного, в течение 1-1,5 месяцев стационарного лечения. При этом исчезновение болевого синдрома наступает лишь у 20,6% больных, получивших лечение. Во врачебной практике еще имеет место лечение без учета причин, клинического течения и стадии плечелопаточного периартроза, должной оценки данных инструментально-функциональных и лабораторных исследований. Традиционные методы консервативной терапии не предотвращают прогрессирования дистрофического процесса в суставах, зачастую не способны устранить причины нейротрофических расстройств и уже наступившие анатомо-морфологические изменения в тканях суставов. Значительный процент осложнений, связанных с рассасыванием костной ткани,

развитием различных деформаций, появлением около- и внутрисуставных оссификатов, контрактур свидетельствует о том, что существующие методики не несут всеобъемлющего характера, позволяющего бороться с развитием общего мультифакториального заболевания, каким являются плечелопаточный периартроз и остеохондроз позвоночника.

Необходим комплексный и всесторонний подход, одним из звеньев которого может явиться возможность использования немедикаментозного лечения, в т.ч. применения лазерной и мануальной терапии /2/. Широкое использование низкоинтенсивного лазерного излучения и мануальной терапии в различных областях медицины объясняется высокой эффективностью лечения при достаточной широте показаний, доступностью метода, отсутствием побочных эффектов при правильном подборе доз и методик, относительной простотой работы и их высокой пропускной способностью /3/.

Мидокалм — миорелаксант центрального действия, который уже в течение 30 лет широко используется при лечении рефлекторных и компрессионных осложнений дегенеративнодистрофических изменений позвоночника (остеохондроз, спондилез, спондилоартроз) и миофасциальных болях. Возникающее при этих состояниях тоническое напряжение мышц не может только само по себе быть причиной боли, но и вызвать деформацию и ограничение подвижности позвоночника, а также компрессию проходящих вблизи нервных стволов и сосудов. Для лечения этих состояний, помимо нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), анальгетиков, физиотерапии и лечебной гимнастики, теоретически обосновано применение миорелаксантов, которые способны разорвать порочный круг болевого синдрома, вызванный напряжением мышц спины и конечностей.

Цель данного исследования

Дать клиническое обоснование использования электрофореза мидокалмом в лечении миофасциальных болевых синдромов при плечелопаточном периартрозе у больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Задачи работы:

Как результат клинических наблюдений обосновать целесообразность использования электрофореза мидокалма для эффективного лечения миофасциальных синдромов при плечелопаточном периартрозе.

Методы и материал исследования. Эффективность и безопасность применения мидокалма при боле-

вом мышечно-тоническом синдроме преимущественно вертеброгенной природы была оценена у 20 больных в возрасте от 20 до 75 лет в двойном слепом плацебо-контролируемом испытании. Сравнительный анализ полученных данных показал, что использование курс электрофореза мидокалма при МФБС у больных значительно повышает эффективность базисного лечения пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Выводы.

Длительность курса лечения электрофореза с мидокалмом 10-15 дней, с последующим 2-х месячным перерывом. В катамнезе наблюдение пациентов рекомендуется проводить на протяжении 2-3 месяцев до 1 года при констатации нормальных показателей мануального тестирования.

Литература:

1. Астапенко М.Г., Копьева Т.Н., Фильчагин Н.М. и др. Итоги длительного изучения механизма дегенерации суставного хряща при первичном деформирующем остеоартрозе // Тер. архив. -1982.-№6.-С.115-118.
2. Гейниц А.В., Петухов М.И., Цыганова Г.И. О подготовке кадров по лазерной медицине // Материалы междунар. конф. "Лазерные и информационные технологии в медицине XXI века".-Санкт-Петербург.-2001.-С.9-11.
3. Иваничев Г.А. Мануальная терапия. Руководство //Казань.-1997.-С.448
4. Карлов В.А. Терапия нервных болезней // М-«Шаг».-1996.-653с.
5. Крыжановский Г.Н. Системные механизмы нервных и психических расстройств // Ж. невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова.-1996.-т.96.-№6.-с.5-11
6. Мирютова Н.Ф., Левицкий Е.Ф., Абдулкина Н.Г., Вельбик И.В. Лазеропунктура в терапии нервно-мышечных нарушений остеохондроза позвоночника // Материалы междунар. конгресса "Лазер и здоровье".-Москва.-1999.-С.359-360.
7. Пономаренко Г.Н., Енин Л.Д. Некоторые методические подходы к физиотерапии болевого синдрома // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК.-1998.-№5.-с.20-23.
8. Gowans S.E., deHueck A., Voss S. et al. Effect of randomized, controlled trial of exercise on mood and physical function in individuals with Fibromyalgia // Arthritis rheum.- 2001.-Vol.45(6).-P.519-529.

УДК 616.284-002.2-615.281

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО СРЕДНЕГО ГНОЙНОГО ОТИТА

Л. Т. Семенова

Учреждение «Амбулаторный центр», г. Усть-Каменогорск

Тұжырым

Созылмалы іріңді ортаңғы отитті антибактериалды емдеудің оптимизациясы

Созылмалы іріңді ортаңғы отитпен ауыратын науқастардың ортаңғы құлағынан алынған микрофлораның құрылымы мен оның қазіргі кездегі жаңа антибиотиктерге сезімталдығын зерттеу, клиникалық-микробиологиялық көрсеткіштердің негізінде зерттеу қазіргі кездегі оториноларингологияның өзекті мәселелерінің бірі болып табылады.

Summary

Optimization of the system of antibacterial therapy of chronic middle of purulent otitis.

Study of the structure of microflora and its sensitivity to modern antibiotics in patients with chronic purulent otitis media, development of the modes of application of these preparations on the basis of clinical and microbiological data is one of the most urgent problems of modern otorhinolaryngology.

Актуальность проблемы.

Хроническое гнойное воспаление среднего уха занимает одно из ведущих мест в структуре оториноларингологической заболеваемости [4]. Среди всего контингента больных, регулярно находящихся на лечении в отоларингологических стационарах пациенты с хроническим средним отитом составляют 20,7% [2]. Хронический гнойный средний отит распространен у людей молодого и среднего возраста и приводит к длительной утрате трудоспособности, стойкому снижению слуха, а также может быть причиной тяжелых внутричерепных осложнений [1,3,8]. Одним из важных, но не решенных вопросов в проблеме хронических секреторных средних отитов является антибактериальная терапия при данной патологии [7]. Безрецептурный отпуск антибактериальных препаратов, бесконтрольное их применение пациентами в качестве самолечения, отсутствие достаточных знаний у врачей о клинической фармакологии противомикробных средств, об основных патогенных микроорганизмах при хронических гнойных средних отитах снижают качество антибиотикотерапии, увеличивают экономические потери системы здравоохранения [5]. Появление новых антибиотиков способствует изменениям в структуре возбудителей инфекций и уровню их резистентности к антибактериальным средствам [10]. Недостаточно изучены вопросы структуры микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, что ведёт к необоснованности проводимой этиопатогенетической терапии [6, 9]. Для успешного лечения хронического гнойного среднего отита необходимо иметь достоверную информацию о его возбудителях. Анализ результатов бактериологического исследования отделяемого из уха больных хроническим гнойным средним отитом показывает, что в 70 — 89 % наблюдений отмечается рост одного вида микроорганизма и только в 11 -30% - микробных ассоциаций. Важнейшим компонентом рационального выбора антибактериального препарата является оценка резистентности возбудителей в регионах. Использовать зарубежные данные для разработки отечественных, и, тем более, региональных рекомендаций не всегда возможно, так как существует высокая вероятность колебаний резистентности в разных странах, а также регионах Казахстана. Это диктует необходимость создания системы управления потреблением препаратов, учета региональных особенностей состава возбудителей, изучения их резистентности к антибактериальным препаратам с использованием современных бактериологических методов [8]. Таким образом, изучение структуры микрофлоры и ее чувствительности к современным антибиотикам у больных с хроническим гнойным средним отитом, разработка режимов применения этих препаратов на основании клинико-микробиологических данных является одной из актуальных проблем современной оториноларингологии.

Цель исследования.

Разработать экономически обоснованную систему управления потреблением противомикробных средств (ПМС) на региональном уровне при лечении хронических гнойных средних отитов путем оптимизации антибактериальной терапии на основании микробиологических и клинико-фармакологических данных в условиях амбулаторной службы города Усть-Каменогорск.

Задачи исследования.

Для достижения указанной цели были определены следующие задачи:

1. Провести в динамике фармакоэпидемиологический анализ потребления антибактериальных средств, оценить качество лечения, выявить типичные ошибки при лечении хронических гнойных средних отитов в Учреждение «Амбулаторный центр».

2. Изучить структуру возбудителей хронических гнойных средних отитов в Учреждение «Амбулаторный центр».

3. Определить чувствительность к антибиотикам бактериальных возбудителей хронических гнойных средних отитов.

4. Разработать и внедрить в клиническую практику стандарты выбора ПМС при лечении обострений хронических гнойных средних отитов в городе Усть-Каменогорск.

Материал и метод исследования.

Исследование сложившейся практики антибактериальной терапии обострений хронического гнойного среднего отита в условиях Учреждения «Амбулаторный центр», г. Усть-Каменогорска в 2006-2011 годах показало ее нерациональность и несоответствие выявленной структуре возбудителей заболевания и их чувствительности к противомикробным препаратам. При этом обнаружено отсутствие бактериологического исследования в 64,2% случаев, отсутствие учета клинически значимых возбудителей и их чувствительности к современным антибиотикам не менее чем в 92% случаев, нарушения в технологии применения ПМС не менее чем в 58,1%. Состав возбудителей хронического гнойного среднего отита в городе Усть-Каменогорске имеет региональные особенности: наиболее частыми возбудителями хронического гнойного среднего отита являются Enterobacteriaceae и Staphylococcus aureus, которые оказались этиологически значимыми в 74,9% случаев. Далее по частоте встречаемости следует Pseudomonas aeruginosa штаммы которого встречаются в 9,6% случаев. Наиболее активными в отношении указанного состава возбудителей являются следующие антибиотики: ципрофлоксацин, гентамицин, цефтазидим, цефоперазон, цефепим, офлоксацин и сульперазон. Высокую совокупную резистентность штаммы микроорганизмов, выделенные от пациентов с ХГСО, проявили к рифампицину, левомицетину, оксациллину, эритромицину и линкомицину. Сравнительная оценка клинико-экономической эффективности антибактериальной терапии обострений хронического гнойного мезотимпанита показала преимущества бактериологически обоснованной терапии перед эмпирической, что выражается в более быстром достижении клинического эффекта и снижении экономических потерь.

Выводы.

1. В обязательный перечень диагностических процедур для обследования пациентов с обострением хронического гнойного среднего отита в поликлиниках необходимо ввести бактериологическое исследование отделяемого из среднего уха, не только для решения вопросов выбора ПМС у конкретного пациента, но и накопления эпидемиологической информации о возбудителях патологии.

2. Препаратом выбора для стартовой эмпирической терапии обострений хронического гнойного среднего отита в городе Усть-Каменогорск является ципрофлоксацин. Альтернативными препаратами могут быть цефалоспорины III поколения (за исключением цефотаксима и цефтриаксона).

3. Следует ограничить применение рифампицина, левомицетина, оксациллина, эритромицина и линкомицина, ввиду высокого уровня резистентности.

Литература:

1. Бобров В.М. Анализ патологического процесса при хроническом среднем отите; хирургическая тактика / В.М.Бобров // Вестник оториноларингологии. 1997. - №3. - С. 49-51.

2. Егоров Л.В. Хирургическая тактика при хроническом гнойном среднем отите у детей / Л.В. Егоров, М.Я. Козлов, А.С. Петров // Вестник оториноларингологии. 1999. - №6. - С. 14-15.

3. Заводский А.В. Холестеатома среднего уха, положение сигмовидного синуса и пневматизация височной кости / А.В. Заводский // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 2002. - №6. - С. 14-19.

4. К вопросу об этапности лечения больных хроническим гнойным средним отитом / В.В. Дворянчиков,

Ю.К. Янов, М.И. Говорун и др. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 2004. - №6. - С. 9-13.

5. Каманин Е.И. Ципрофлоксацин в лечении больных острым и хроническим отитом / Е.И. Каманин, А.Е. Трофимов // Вестник оториноларингологии. 2003. - №2. - С.24-28.

6. Об основных положениях стандартизации в здравоохранении / Решение коллегии МЗ РФ, Государственного комитета РФ по стандартизации, метрологии и сертификации, Совета исполнительных директоров территориальных фондов ОМС № 14/43/6-11 от 03.12.97 г.

7. Райко И.Е. Исследование гидролитических ферментов в экссудате из среднего уха у больных острым и хроническим средним отитом / И.Е. Райко // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 1990. - №5.1. С. 4-7.

8. Acar J.F. Disk Susceptibility Test / J.F.Acar, F.W. Goldstein //Antibiotics in Laboratory Medicine. Baltimore.: Williams and Wilkins, 1996. - P. 1-51.

9. Increasing prevalence of multidrug-resistant Streptococcus pneumoniae in the United States over 10-year period: Alexander project / R.M.Mera, L.A.Miller, J.J.Daniels et al. // Diagn. Microbiol. Infect. Dis. 2005. -V.51, N3. - P.195-200.

УДК 616.8-009.817-08+615.844.6

ИНТРАНАЗАЛЬНЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЦЕРОКСОНА В РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Т. Н. Хайбуллин, М. С. Адишева, Р. Р. Нурланова, Т. В. Каймак, Б. Б. Кулумбаева, Б. К. Ерсаканова

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Тұжырым

Ми қанайналымының жедел зақымдануынан кейінгі ерте және кеш қалпына келтіру кезеңінде цероксонмен интраназалды электрофорез

Цероксон препаратын мұрын қуысы арқылы электрофорез жолымен енгізген жағдайда орталық жүйке жүйесінің адаптациялық реакциялардың, микроциркуляция қызметінің, ликворлық қозғалыстың, ми қызметінің тіндік тасымалдануының белсенділігін арттыруы анықталды.

Summary

Intranasalis electrophoresis of cerokson in the early and later rehabilitation of patients suffered acute violation of cerebral circulation

By the action of the Ceroxoni, there is an activation of adaptive reactions on the part of the central nervous system - optimization of functions of microcirculation, tissue transport and metabolism of the brain.

Актуальность проблемы. Сосудистые заболевания мозга остаются в центре внимания общества из-за тревожной эпидемиологической ситуации. По данным Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, ежегодно происходит 450 тысяч инсультов /2/. Приоритетность данной проблемы связана и с катастрофическими последствиями различных форм цереброваскулярной патологии для физического и психического здоровья нации. Так, с момента развития инсульта к концу первого года полностью зависимы от помощи окружающих 5-13% больных. К работе возвращаются 23% лиц трудоспособного возраста /1/. Однако экономическое положение страны в последние десятилетия привело к тому, что лечебные учреждения занимались, в основном, спасением жизни больных, в то время как проблемам качества жизни и восстановления трудоспособности уделялось значительно меньше внимания. Условия последующей нейрореабилитации определялись соматическим и физическим состоянием больного. Больные

со, стойким нарушением психических функций и двигательной активности направлялись в круглосуточный стационар, либо стационар на дому. Пациенты с хорошим восстановлением функций проходили долечивание в специализированных отделениях или кабинетах поликлиник по месту жительства. Результаты долечивания были выше у больных, проходивших курс терапии в специализированных реабилитационных отделениях поликлиник или стационаров. Однако даже у пациентов с высоким уровнем функциональной независимости такая реабилитация далеко не всегда способствовала длительному (в течение года и более) сохранению трудоспособности и профилактики повторных острых нарушений мозгового кровообращения /4,5/. Нейропротекция, рассматриваемая в качестве средства защиты нейронов при сосудистой патологии головного мозга, является важным аспектом фармакотерапии нейродегенеративных, цереброваскулярных (ЦВЗ) и других заболеваний ЦНС. Широкое использование в лечении

больных с ЦВЗ различных преформированных и естественных физических факторов, в том числе в сочетании с медикаментозной терапией, целесообразно и эффективно, но не всегда приводит к ожидаемому результату, вероятно в силу разнообразия этиологических факторов и патогенеза сосудистых заболеваний. Поэтому, разработка усовершенствованных методик восстановительного лечения, реабилитации с учетом доминирующих причин и механизмов развития ЦВЗ послужила обоснованием выполнения данной научно-исследовательской работы. Известно, что многие лекарственные средства способны воздействовать на механизмы регуляции церебрального метаболизма. Исследования современной нейробиологии свидетельствуют о наличии у данных лекарственных веществ свойств мембранопротекторов, способных регулировать кальциевый гомеостаз, уменьшать нейротоксическое действие повышенных концентраций возбуждающих аминокислот (глутамата). Интраназальное введение элементсодержащих препаратов и нейропептидов имеет, на наш взгляд, гораздо большие перспективы. Отсутствие ферментов, расщепляющих нейропептиды, на слизистой оболочке носа, хорошее всасывание микроэлементов в комплексе с нейропептидами, обеспечивает быстрый транспорт нейротрофической композиции препаратов в мозг, что позволяет экономично и эффективно использовать небольшие дозы на 1 сеанс физиотерапии.

Целью нашей работы явилась разработка сочетанного метода физиотерапии включающего интраназальный электрофорез ЦЕРОКСОНА..

Для решения поставленных задач всего проведено обследование 80 в возрасте от 32 до 65 лет. Из них 26 больных на этапе ранней реабилитации ОНМК, 34- на этапе поздней реабилитации ОНМК и 20 — с дисциркуляторной энцефалопатией I — II стадии.

Наряду с глубоким клинико-неврологическим обследованием всем больным выполнены: нейропсихологическое тестирование, УЗДГ МАГ, РЭГ, исследовался электролитный состав сыворотки крови, в-адренореактивность клеточных мембран и гемореологические свойства крови, измерение осмолярности, определение липидов крови, а также комплексное психологическое тестирование с оценкой результатов по современной системе РХ.

В процессе лечения прослеживалась положительная динамика, которая характеризовалась снижением интенсивности головных болей, шума в ушах, пароксизмов головокружения, улучшения структуры сна, регресса фотопсий. В большей степени происходил регресс церебральных симптомов: краткосрочной

памяти (по тесту краткосрочной вербальной памяти и концентрации мышления (по тесту зрительно-моторной координации). Также, отмечался регресс негрубых психоэмоциональных нарушений, в особенности депрессивного круга в виде повышения идеомоторной активности, расширения сферы интересов, улучшения профессиональной мотивации и социальной адаптации и др. При исследовании вегетативной нервной системы параметры парасимпатического и симпатического тонуса изменились и начали нормализовываться уже через 5-7 дней от начала лечения. Наряду с этим, в 76% отмечена тенденция к улучшению венозного оттока и снижению асимметрии венозного кровообращения (по данным РЭГ и УЗДГ).

Таким образом, на основании проведенных исследований нами сделан **вывод**, что внутриорганный электрофорез цероксона способствует улучшению состояния неспецифических систем мозга, их интегративной, в т.ч. межполушарной деятельности, что проявляется регрессом астенических симптомов, развитием когнитивных функций, нормализацией психоэмоционального фона. За счет действия цероксона, происходит активация адаптивных реакций со стороны центральной нервной системы — оптимизации функций микроциркуляции и ликворного дренирования, тканевого транспорта и метаболизма мозга, в значительной мере проявляющихся повышением темпов и зрелость нейропластических процессов у больных с ЦВЗ, что делает данный метод высокоэффективным.

Литература:

1. Варакин, Ю.Я. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга / Ю.Я. Варакин// Очерки ангионеврологии / З.А. Суслина (ред.).- М.: Атмосфера, 2005.г С. 66-81.
2. Гусев, В.В. Возможности реабилитации больных в отдаленном периоде ишемического инсульта: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.13 неврология / В.В. Гусев.- Екатеринбург, 2004.- 22 с.
3. Пряников, И.В. Санаторная реабилитация больных, перенесших инсульт / И.В. Пряников.- М.: Миклош, 2000.- 106 с.
4. Яковлев, А.П. Лечебно-диагностическая и реабилитационная деятельность неврологического центра Орловской областной больницы / А.П. Яковлев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.- 2000.- №2.- С. 38-40.
5. Яхно, Н.Н. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н. Яхно, А.Б. Локшина, В.В. Захаров // Клинический геронтолог.- 2005.- №11 (9).- С. 38-39.

УДК 618.8-009.817-08+615.844.6

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ НЕЙРОМИДИНА ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ НЕЙРОПАТИЯХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. С. Адишева

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Тұжырым

Қолдардың қысылған нейропатиясы кезінде нейромидинмен электрофорез жасау

Шеткі нейропатияларда Нейромидин препаратымен электрофорез арқылы емдеу тиімді және қымбат емес. Нейромидинді комплексті ем, атап айтсақ фармакотерапия, емдік денешынықтыру мен бірге қолдану оның тиімділігін арттыра түседі.

Summary

Electrophoresis of neyromedini with compression нейропатиях of the upper extremities.

Medicinal electrophoresis neyromedini has a high clinical effectiveness, well tolerated, and economically available, do not require additional expenses and the purchase of expensive equipment and can be recommended for wide application.

Актуальность проблемы. Компрессионные нейропатии представляют собой серьезную медико-социальную проблему вследствие широкой распространенности, а также значительного материального ущерба, причиняемого обществу в результате потерь, связанных с нетрудоспособностью /2,5/. Самыми распространенными нейропатиями являются синдром запястного канала и кубитальный синдром /4/. Из изученных этиологических факторов наибольшее значение придается физическому перенапряжению, в основном, за счет сохраняющейся и в настоящее время значительной доле ручного физического труда. Например, указывается на высокую заболеваемость (до 45,8%) туннельными поражениями у лиц, занятых ручным физическим трудом, связанным с длительным перенапряжением мышц верхних конечностей, при этом чаще (до 83,1 %) имеет место правостороннее поражение /3/.

Несмотря на многочисленные указания на роль физического перенапряжения рук, в клинике профессиональных заболеваний диагноз компрессионных нейропатий является редким. Имеются единичные указания, что данная патология у больных вибрационной болезнью I степени были выявлены в 21,2% случаев, в 37,0% - при II степени, при профессиональных заболеваниях рук от физического перенапряжения - в 40,4% случаев. Следует отметить, что тяжесть повреждения нерва зависит не только от степени и продолжительности растяжения и сжатия нерва, но и от влияния сопутствующих метаболических и токсических факторов. Локальная компрессия нервов также может усугубляться воздействием других неблагоприятных факторов: вибрации, переохлаждения и др. Перечисленные факторы труда вызывают перенапряжение двигательных структур организма.

Основной причиной локальной компрессии нерва в условиях физического перенапряжения верхних конечностей являются мышечно-тонические и фиброзные изменения, отек мышечно-связочных структур, обуславливающие сужение анатомических каналов нервов.

Высокая распространенность компрессионных нейропатий, недостаточное освещение данной проблемы в литературе, отсутствие стандартов диагностики и адекватной программы лечения с учетом особенностей клинического течения, неоднозначность результатов оперативного лечения, высокий процент рецидивов обуславливает актуальность проблемы поиска и разработки новых методик консервативного лечения.

Актуальной задачей медицины труда является научное обоснование роли производственных факторов в развитии различных заболеваний. Для решения данной задачи в последние годы в медицине труда разрабатывается концепция оценки и управления профессиональными рисками, что особенно актуально при решении вопросов этиологической диагностики многофакторных заболеваний. Одним из основных признаков причинности является значительная частота или распространенность /6/. Представляет интерес использование электростимуляции флюктуирующим сложно-модулированным током в магнитном поле в комплексном лечении туннельных синдромов. Целесообразность использования данной методики обусловлена способностью флюктуирующих токов положительно влиять на регенерацию нервных волокон, степень их миелинизации и дифференцировки, увеличивать количество ак-

тивно функционирующих двигательных единиц. Кроме того, достоинством данной методики является возможность одномоментного воздействия электромагнитного и (или) магнитного полей, обладающих потенцирующим эффектом, как на место предполагаемой компрессии, так и на проксимальные и дистальные участки нерва.

Цель работы

На основании изучения распространенности и особенностей клинического течения разработать и обосновать эффективный метод электрофореза с Нейромидином у больных с нейропатиями верхних конечностей.

Основные задачи

1. Изучить особенности клинического течения синдромов запястного и кубитального каналов, разработать подходы к вопросам их раннего выявления.

2. Проследить динамику анализируемых клинико-нейрофизиологических параметров у больных с нейропатиями до и после лечения.

Материал и методы работы

Проведено лечение у 38 больных.

В данном лекарственном электрофорезе воздействие на организм происходит как за счет воздействия лекарственного иона, так и гальванического тока, что обеспечивает введение в организм большого количества ионов и концентрации лекарственного вещества непосредственно на пораженном участке.

Лекарственный электрофорез проводился с 0,5% раствором Нейромидина. Действующий ион вводится с анода. Электрод анод (+) с влажной прокладкой, смоченной 1 мл. 0,5% р-ра нейромидина, накладывается на проксимальный отдел паретичной конечности, другой электрод, катод (-), с влажной прокладкой, смоченной физ. р-ром, накладывается на дистальный отдел этой же конечности.

При необходимости проведения электрофореза **на две нижние конечности** – электрод с прокладкой 100 – 200 см 2 смоченной 1 мл. 0,5% р-ра нейромидина, накладывается на поясничный отдел позвоночника и соединяется с анодом (+), два других электрода с прокладками меньшей площади накладываются на икроножные мышцы и при помощи раздвоенного провода соединяются с катодом (-).

Сила тока у детей от 3 до 7 лет – 6 – 8 мА

от 7 до 10 лет – 8 - 10 мА

от 10 до 14 лет – 10 мА

взрослые – 10 – 15 мА

При проведении процедуры необходимо было учитывать индивидуальную чувствительность.

Продолжительность процедуры: дети от 3 до 7 лет – 8 - 10 минут,

от 7 до 10 лет – 10 минут,

от 10 до 14 лет – 15 минут,

взрослые – 15 – 20 минут.

Курс лечения составил 10 процедур, проводимых ежедневно.

Разработан новый способ лечения больных с мононейропатиями верхних конечностей.

Практическая значимость работы Разработана и апробирована схема обследования больных с компрессионно-ишемическими нейропатиями верхних конечностей, работающих в неблагоприятных условиях труда, в условиях медицинских осмотров, что позволит улучшить выявление таких больных на ранних стадиях заболеваний.

Выводы

1. В диагностике начальных проявлений нейропатий верхних конечностей у лиц, работающих в неблагоприятных условиях труда, обращает внимание более ранний дебют заболевания - до 30 лет, высокая распространенность сопутствующей патологии артропериартикулярных структур (4-4,4 %).

2. Достоверная положительная динамика в процессе лечения выявлена в группе больных, получавших электрофорез с Нейромидином. Применение электрофореза Нейромидина при периферических нейропатиях позволяет улучшить результаты лечения. Лекарственный электрофорез Нейромидина обладает высокой клинической эффективностью, хорошей переносимостью, экономически доступен, не требует дополнительных затрат и приобретения дорогостоящего оборудования и может быть рекомендован к широкому применению. Клиническая эффективность применения лекарственно-электрофореза Нейромидина значительно повышается при его использовании в комплексной терапии (фармакотерапия, лечебная физкультура, массаж и др.).

Литература:

1. Берзиньш Ю Э. Туннельные невропатии лучевого нерва в локтевой области Текст. / Ю.Э. Берзиньш, Р.Т., Журнал невропатологии и психиатрии, - 1981, -Т.81, № 12. -С. 1813- 1816.

2. Думбере Р Т Компрессионное поражение локтевого нерва в области кисти и его хирургическое лечение Текст. / Р.Т. Думбере // Вопросы нейрохирургии, 1989 - Jfo 1. -С39-44.

3. Думбере Р.Т. Хирургическое лечение туннельных поражений нервов рук Текст. / Р.Т. Думбере, Ю.Э., Берзиньш // Вопросы нейрохирургии, -1988.- №4. -С. 53-55.

4. Жулев СМ. Электронейромиография при туннельных синдромах Текст. / С-Н. Жулев, Т.С. Скородумова, Т. В. Лшц // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: матер, науч.-практ, конф. СПб., 2003. - G164 • 16S.

5. Тикк АА, О структуре заболеваний периферической нервной системы Текст. / А. А. Тикк, Т.Э Вирро, Р.Ю., Пыллумаа // Журнал невропатологии и психиатрии, 1983. 8. -С. 1165 -1167.

6. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология Текст. / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. М:- Медиа Сфера, 1998. - 345 с.

УДК 616.12-008.331

СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ГЕМОДИАЛИЗА

А. Т. Айтуганова

АО «Медицинский университет города Астана», г. Астана

Резюме

Целью нашего исследования явилось изучение внутрисердечной гемодинамики у больных в терминальной стадии ХПН в зависимости от продолжительности гемодиализа. В динамике с увеличением продолжительности гемодиализа увеличены показатели центральной гемодинамики, фракции выброса. Ударный и минутный объемы сердца были снижены статистически достоверно ($p < 0,001$). Однако масса миокарда левого желудочка оставались увеличенными, что свидетельствует о необходимости рациональной коррекции показателей гемодинамики, возможно путем более тщательного подбора гипотензивных препаратов, оказывающих влияние на степень гипертрофии левого желудочка.

Тұжырым

Гемодиализдің жүргізілу ұзақтығына байланысты созылмалы бүйрек жетіспеушілігі бар науқастардағы гемодинамика көрсеткіштері

Біздің зерттеуіміздің мақсаты: Гемодиализдің жүргізілу ұзақтығына байланысты СБЖ терминальды сатысы кезіндегі жүрекшілік гемодинамиканы зерттеу. Гемодиализдің ұзақтығы артқан сайын орталық гемодинамиканың, лақтыру фракциясының көрсеткіштері жоғарылады. Жүректің айдау және минуттық көлемдерінің төмендеуі статистік сенімді анықталды ($p < 0,001$). Бірақ сол қарыншаның көлемі ұлғайған түрінде сақталды, бұл гемодинамика көрсеткіштерін тиімді реттеу қажеттігін дәлелдейді. Сол қарыншаның гипертрофиясының дәрежесіне әсер ететін гипотензивті препараттарды неғұрлым тиянақты таңдау арқылы жүргізуге болады.

Summary

The indications of hemodynamic of the patients with chronic renal failure in dependance from duration of hemodialysis

The aim of our investigation was research of cardiac hemodynamic of the patients in terminal stage of CRF in dependance from duration of hemodialysis. The increasing of the parameters of central hemodynamic, parameters of cardiac output were founded in dynamic at increasing the hemodialysis duration. Minute volume of heard was decreased. But the increased mass of the left ventricle was founded, which said about the necessity the rational correction the hemodynamic's imdications, which depend on the degree the left ventricle's hypertrophy.

Актуальность Проблема кардиоваскулярной патологии при хронической почечной недостаточности

(ХПН) является одной из наиболее актуальных в современной нефрологии. Многочисленные клинические

и экспериментальные исследования демонстрируют более сложный патогенез кардиоваскулярных нарушений при ХПН, чем в общей популяции. Повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний при ХПН связывают как с их многопрофильной природой, так и одновременным воздействием у одного и того же больного нескольких факторов [1,2]. По данным Европейской ассоциации диализа и трансплантации (ЭДТА), Почечных регистров США (USRDS), Национальных институтов здоровья (NCHS) и диабета, продуктов питания и болезней почек США (NJDDDKD), распространенность сердечно-сосудистой патологии в общей популяции составляет от 5% до 12%, а связанная с ней ежегодная смертность – 0,26 – 0,27%. В то же время, у больных с конечной стадией заболевания почек частота сердечно-сосудистой патологии составляет 40-50%, а ежегодная смертность, ею обусловленная – 7-9,5%, что в 20 раз превышает летальность в общей популяции. Одна треть неотложных госпитализаций больных с ХПН связана с сердечно-сосудистыми осложнениями и смертность диализных больных при этих нарушениях составляет 40-48% [3,4].

Длительность и качество жизни больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН) зависит от множества факторов, среди которых осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы занимают центральное место [5]. Длительный гемодиализ ассоциируется с прогрессирующей гипертрофией миокарда. Показано, что у больных имевших неизменную эхокардиограмму к началу диализа, в условиях гемодиализа ГЛЖ возникла спустя несколько месяцев [6,7]. Артериальная гипертензия является одним из наиболее значимых факторов ухудшения качества их жизни [7].

Целью нашего исследования явилось изучение внутрисердечной гемодинамики у больных с артериальной гипертензией в терминальной стадии ХПН в зависимости от длительности проведения гемодиализа.

Материалы и методы исследования Под наблюдением находились 25 больных, которые по продолжительности гемодиализа больные были распределены на 3 группы: I группа – продолжительность диализа 6-12 мес, II группа – 13-36 мес, III группа – 37 и более месяцев. Всем пациентам проводилось стандартное для больных с ХПН клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Параметры центральной гемодинамики и массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) оценивались с использованием М-режима эхокардиографа «Toshiba – SSH 60A» (Япония) по методике Американской ассоциации эхокардиографии (ASE). Определялась величина конечного диастолического, конечного систолического и ударного объемов сердца. В работе использовались также приведенные к площади поверхности тела величины этих параметров: индекс конечного диастолического объема ЛЖ (ИКДО) и ударный индекс (УИ). Гипертрофия левого желудочка нами определялась на основании расчета ММЛЖ по методике Pen и ее индексированной величины (иММЛЖ).

Согласно стратификации по артериальному давлению все больные относились к 3-й степени повышения АД. Пациенты получали хронический диализ (2-3 раза

в неделю 4 часа) на аппаратах «искусственная почка» фирмы Fresenius (F4008S). По продолжительности гемодиализа больные были распределены на 3 группы: I группа – продолжительность диализа 6-12 мес., II – 13-36 мес., III группа – 37 и более месяцев. Возраст больных колебался в среднем от 46,8 лет в I группе до 48 лет – во II и 41,5 лет в III группе. Все обследованные имели признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) (I группа – $253,8 \pm 15,3$ г/м², II группа – $223,6 \pm 16,1$ г/м², III – $264,1 \pm 19,4$ г/м², $p < 0,001$). Концентрический тип ГЛЖ обнаружен у 15 обследованных, эксцентрический – у 9, которые были распределены в 3-х группах с одинаковой частотой. Всем больным с эксцентрическим типом ГЛЖ диагностирована дилатация ЛЖ. Приведенные параметры свидетельствуют о сопоставимости сравниваемых групп. В динамике с увеличением продолжительности гемодиализа имели положительную динамику показатели центральной гемодинамики. Ударный и минутный объемы сердца у больных I группы ($118,2 \pm 9,5$ мл и $10,40 \pm 0,94$ л/мин соответственно) статистически достоверно ($p < 0,001$) были снижены как во II ($75,5 \pm 6,9$ мл и $5,65 \pm 0,43$ л/мин) так и в III ($66,8 \pm 7,2$ мл и $5,17 \pm 0,54$ л/мин) группах. Периферическое сопротивление сосудов также имело тенденцию к снижению ($2629,4 \pm 324,0$ дин.с.см⁻⁵ в I группе, $2145,3 \pm 209$ дин.с.см⁻⁵ - в III). Обнаружено увеличение фракции выброса от $41,6 \pm 3,8$ % в I группе до $54,8 \pm 3,5$ в III ($p < 0,001$). Однако масса миокарда левого желудочка и соответственно индекс ММЛЖ в динамике гемодиализа оставались увеличенными ($243,6 \pm 13,3$ г/м² в I группе, $243,0 \pm 12,6$ г/м² - во II и $254,4 \pm 18,2$ г/м² – в III группе), что свидетельствует о необходимости рациональной коррекции показателей гемодинамики, возможно путем более тщательного подбора гипотензивных препаратов, оказывающих влияние на степень гипертрофии левого желудочка.

Литература:

1. Волков М.М. Факторы течения заболевания, влияющие на выживаемость больных на хроническом гемодиализе. Нефрология 1997; 1; 43-49.
2. Bologa R.M., Levine D.M., Parker T.S. et al. Interleukin – 6 predicts hypoalbuminemia, hypocholesterinemia and mortality in hemodialysis patients. Am J Kidney 1998; 32: 107-114.
3. Iseki K., Yamazato M., Tozava M. et al. Hypocholesterinemia is a significant predictor of death in a cohort of chronic hemodialysis patients. Kidney Int 2002; 61: 1887 – 1893.
4. Волгина Г.В., Перепеченных Ю.В., Бикбов Б.Т., А.И. Ушакова., ЮВ. Китаева и др. Факторы риска кардиоваскулярных заболеваний у больных с хронической почечной недостаточностью. Нефрология и диализ 2000; 4, 252 – 259.
5. Mailloux L.U., Napolitano B., Belucci A.G. et al. The impact of co-morbid risk factors at the start of dialysis upon the survival of ESRD patients. ASA10 J. 42: 164-169, 1996.
6. U.S. Renal Data System, 1999 Annual Data Report. Am J kidney Dis 34 (suppl 1), 1999.
7. Земченков А.Ю., Томилина Н.А., «К/Доки» обращается к истокам хронической почечной недостаточности. Нефрология и диализ. 2004: 3, 204 – 220.

УДК 616.007.271.329 – 33 - 089

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВЫХ
РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

Н. Р. Рахметов

*Государственный медицинский университет города Семей***Тұжырым****Өңеш пен асқазанның күйіктен кейінгі тыртықты тарылуы хирургиялық емі**

Авторлар өңеш пен асқазанның күйіктен кейінгі тыртықты тарылуында қолданылатын энтералдық тамақтануға және өңешті ретроградтық бұждауға мүмкіндік беретін операция тәсілін ұсынады. Аталмыш тәсілде асқазанның алдыңғы қабырғасымен Ру бойынша өңделген ащы ішек ілмегі арасында екі тоқ ішекалды гастроэнтероанастомоз салынып, олардың арасына Шалимов бойынша тосқауыл жасалады, ал ішектің проксималды ұшы энтеростома ретінде қолданылады. Тәсілді қолданғанда асқазанның күрделі мобилизациясы, асқазанға салынған тігістердің кернеулігі айтарлықтай азайып, анатамоз салуға қолайлы жағдай туындайды. Аталмыш тәсіл 16 науқасқа нитәжелі қолданған.

Summary**Surgical treatment of after-burn cicatricial strictures of an esophagus and stomach**

The authors design a method of enteral nutrition and possibility of retrograde bougieunage of an esophagus of the patients with violation of passage of esophagus and antral department of a stomach. The given method includes shaping of two antecolic gastroenteroanastomoses and blank flange between them on a front wall of a stomach on isolated on Ru-loop and enterostomy on proximal end of this loop. The method allows to avoid traumatic moments of mobilization of a stomach, tension of sutures of wall of a stomach, easies technique of shaping of a gastrointestinal anastomosis. In total operated 16 patients with ABSSES with good nearest and long-term results.

Послеожоговые рубцовые стриктуры пищевода и желудка (ПОРСПЖ) являются одной из сложных хирургических патологии [1 – 3]. Нарушение проходимости пищевода и эвакуации желудочного содержимого быстро приводит к истощению больного, а соответственно затрудняет полноценную подготовку к хирургическому лечению и проведению своевременной диагностики. Для восстановления питания требуется формирование гастростомы, а также формирование гастроэнтероанастомоза с целью обеспечения эвакуации содержимого желудка [2 – 4].

В клинике госпитальной хирургии Государственного медицинского университета г. Семей разработан и успешно выполняется способ обеспечения энтерального питания и возможности ретроградного бужирования пищевода больных с ПОРСЖ. Данный способ включает формирование двух переднебодочных гастроэнтероанастомозов и заглушки между ними на передней стенке желудка на изолированной по Ру петле и энтеростома на проксимальном конце этой петли. Способ позволяет избежать травматичные моменты мобилизации желудка, натяжения швов стенки желудка, облегчает технику формирования желудочно-кишечного анастомоза.

Способ осуществляется следующим образом: на малоизмененный участок передней стенки желудка, ближе к большой кривизне формируют впередибодочный гастроэнтероанастомоз в 20 см от проксимального конца изолированной по Ру петли тощей кишки, в 3 см от анастомоза проксимальнее по кишке накладывается заглушка по Шалимову на кишку, далее, отступя на 3 см проксимальнее по кишке формируется второй гастроэнтероанастомоз. В конец изолированной петли тощей кишки вводится резиновая трубка и продвигается в полость желудка через гастроэнтероанастомоз. На проксимальном конце тощей кишки двумя кисетными швами формируется манжетка на трубке, путем погружения стенки кишки внутрь; последняя подшивается к отверстию передней брюшной стенки, образуя энтеростому в левом подреберье.

Пример: Больной К. – 41 год поступил в хирургическое отделение клиники в феврале 2000 года с диагнозом «Ожоговая протяженная стриктура пищевода III ст., декомпенсированный ожоговый стеноз желудка». Ожог

получил в ноябре 1999 г., по ошибке выпил аккумуляторный электролит. Лечился в ЦРБ в течении 3 недель, затем амбулаторно. Месяц назад появилась дисфагия на твердую пищу, тяжесть после еды, чувство распирания, затем рвота. Потерял в весе до 10 кг. На рентгенограмме пищевода – контраст задерживается в средней трети пищевода – где определяется резкое сужение его и престенотическое расширение. Суженный участок до 10 см. Узкой полоской контраст поступает в желудок. Желудок резко деформирован, сморщен, уменьшен в размерах. Антральный отдел сужен до 2 см длиной, далее эвакуации не наблюдается. Перистальтика желудка вялая, по малой кривизне не наблюдается. Желудок наполнен жидкостью (соком).

Выставлен диагноз: Протяженная ожоговая стриктура пищевода, пилороантральный декомпенсированный стеноз желудка.

После подготовки больного в течении 24 ч. – больному выполнена операция. На операции обнаружено субтотальное поражение желудка с резкой его деформацией по малой кривизне, антрального и пилорического отдела, части тела желудка с полным отсутствием эвакуации. Подвижность желудка ограничена, за счет поражения и сморщивания ткани вокруг желудка.

Интраоперационно через гастротомическое отверстие проведен проводник в желудок и через пищевод, проведено ретроградное бужирование бужами № 20-34 с оставлением страховочной нити-лески. Сформированы два впередибодочных гастроэнтероанастомоза с заглушкой между ними на изолированной петле по Ру с передней стенкой желудка, а на проксимальном конце петли сформирована энтеростома, через которую в желудок введена трубка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной лечился в течении 2,5 лет. В течении первого года получил 4 сеанса бужирования под наркозом, в течении 1,5 последующих лет амбулаторно получал поддерживающее бужирование 1 раз в месяц (15 сеансов). В январе 2004 года – энтеростома закрыта оперативным способом.

Больной проводит поддерживающее бужирование 1 раз в 1,5-2 месяца бужами № 32-36. Занимается сельским хозяйством, жалоб нет. Вес восстановился.

Предложенный способ применен у 16 больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Данный метод может быть методом выбора лечения больных с ПОРСПЖ.

Литература:

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. Бужирование пищевода при рубцовых стриктурах // Хирургия. – 1998. - № 10. – С. 25 - 29.
2. Павлюк А.Д., Бабляк Д.Е., Дубчук В.М. Сочетанные ожоговые поражения пищевода и желудка // Груд-

ная и сердечно - сосудистая хирургия. – 1994. – № 2. – С. 50 - 53.

3. Мирошников Б.М., Федотов П.Е., Павелец К.В. Лечение сочетанных ожоговых поражений пищевода и желудка // Вестник хирургии. – 1995. – Т. 154:1. – С. 20 - 23.

4. Бакиров А.А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка // Хирургия. – 2001. - № 5. – С. 19 - 23.

УДК 616-097-089.168.1

ИММУННЫЙ СТАТУС У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Х. Ф. Якупова

Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

Применение методики ранней нутриционной поддержки у онкологических больных, оперированных на желудочно-кишечном тракте, позволило: снизить частоту послеоперационных осложнений.

Раннее энтеральное зондовое питание смесью «Унипит», сопровождается достоверным повышением спектра клеточного звена иммунитета.

Тұжырым

Ішек жолдарына операция жасалған онкологиялық науқастарда нутрициялық қорғау әдісін қолдану операциядан кейінгі асқынуларды төмендетуге әкелді.

Ерте энтеральды зондпен «Унипит» қоспасымен қоректендіру иммунитеттің тіндік звеносының жоғарлауымен көрінеді.

Summary

Early nutritive support in oncology patients undergone to surgery of gastro-intestinal tract allowed to decrease amount of Complications after surgery.

Early enteral nutrition with solution "Unipit" via nasogastric tube promoted increase of cellular chain of immunity.

Лечение послеоперационных осложнений у онкологических больных, оперированных на желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) остается одной из ведущих проблем современной онкологии. Актуальность ее обусловлена высоким уровнем заболеваемости, расширением обширности оперативных вмешательств на органах ЖКТ, увеличением тяжелых послеоперационных осложнений, при которых прогноз и лечение значительно хуже [1].

Послеоперационные осложнения возникают на фоне иммунологической недостаточности, нарушения питания и раковой интоксикации [2].

Под влиянием экстремальных факторов (обширные хирургические вмешательства, гипоксия, интоксикация и др.) развивается комплекс неспецифических и специфических реакций у больных в послеоперационном периоде находящихся в палатах отделения интенсивной терапии (ОИТ).

К неспецифическим реакциям на стресс, относят изменения со стороны иммунной системы, проявляющиеся ее депрессией, как известно на этом фоне, чаще развиваются гнойно-воспалительные осложнения в раннем послеоперационном периоде [2,3,5].

Интерес к энтеральному зондовому питанию (ЭЗП) больных после операции связано с представлениями о кишечнике как метаболическом, эндокринном, иммунном органе, барьере перед микробной инвазией, органе, обеспечивающем постоянство внутренней среды организма. Соответственно поражение органов желудочно-

кишечного тракта (ЖКТ) различной этиологии сопровождается изменением состояния иммунной системы [4], поэтому восстановление их функций приводит к нормализации иммунного ответа. Исходя из этого, раннее начало ЭЗП может способствовать восстановлению иммунного статуса и снижению числа послеоперационных осложнений [6].

Цель исследования:

Изучение влияния нутритивной поддержки на иммунную систему в раннем послеоперационном периоде у больных, со злокачественными новообразованиями ЖКТ, подвергнутых радикальному оперативному вмешательству.

Материалы и методы исследования:

Проведен анализ послеоперационного раннего зондового питания 50 больным, из них раком желудка - 38, раком пищевода - 7, раком поджелудочной железы - 3, язвенной болезнью - 2, (33 мужчин, 17 женщин), средний возраст которых составил $35-65 \pm 5,5$ лет. Контрольную группу составили 39 человек. Больным контрольной группы первые 3-4 сутки ЭЗП не проводилось, в этот период их нутриционная поддержка осуществлялась полным парентеральным питанием (ППП).

С первых же часов после операционного периода одновременно с проведением инфузионно-трансфузионной терапии через назогастроинтестинальный зонд осуществлялась декомпрессия полых органов и лаваж кишечника глюкозо-электролитной смесью. Как правило, уже через 6-8 часов после проведе-

ния кишечного лаважа начинает восстанавливаться всасывательная способность тонкой кишки, и концу первых суток усваивается до 1000 мл глюкозо-электролитного раствора. Недостаточный объем инфузионной терапии восполняли внутривенно. На вторые сутки после нормализации ОЦК и стабилизации гемодинамики начинали введение готовой к употреблению полимерную сбалансированную питательную смесь «Унипит». При анализе результатов ЭЗП в еще небольшой группе больных мы поставили лишь задачу объективной клинической оценки накопленного опыта, что позволило сделать некоторые выводы:

ЭЗП, проводимое через 6 часов после операции, в большинстве случаев протекало гладко. В отдельных случаях больные отмечали дискомфорт, отрыжку, неприятные ощущения в животе, что вынуждало отсрочить ЭЗП на 12-24 часа.

В динамике исследовали:

- Показатели общего белка, альбумина, глобулинов в сыворотке крови.
- Показатели клеточного звена системы иммунитета (Т-лимфоциты и их субпопуляции, В-лимфоциты), которые определяли методом розеткообразования.

Показатели иммунного ответа ввиду низкой лабильности изучаемых параметров, используемые методики исследовались поэтапно: 1-й этап- исходное состояние перед операцией; 2-й этап- лаваж кишечника глюкозо-электролитной смесью (1-е сутки после операции); 3-й этап- использование смеси «Унипит» в сочетании с парентеральным питанием в соотношении 50 : 50 (3-и сутки после операции); 4-й этап- полное энтеральное питание смесью «Унипит» (6-е сутки после операции).

Результаты исследований и их обсуждение:

Во время проведения исследования у всех больных, включенных в него не отмечалось осложнений, которые могли быть связаны с ранним энтеральным питанием (несостоятельность анастомозов, тяжелый парез ЖКТ). Среднее пребывание больных, оперированных на органах ЖКТ, в отделении интенсивной терапии составило в основной группе от 4,3±1,5 сут. (от 4 до 7 сут), а в контрольной группе - 5,7±1,5 сут. (от 5 до 9 суток). Течение раннего послеоперационного периода сопровождалось катаболической направленностью метаболизма, эффективным обеспечением пластическими и энергетическими субстратами при нутритивной поддержке.

В контрольной группе к 4-м суткам произошло снижение уровня общего белка и альбумина на 11% и 25% соответственно, в то время как аналогичные показатели в основной группе уменьшились лишь на 9% и 8% соответственно, когда показатель глобулина первые сутки повысился на 4,1% в основной группе, и на четвертые сутки на 7,9% соответственно.

Исследование иммунного статуса больных до операции выявило исходные нарушения в клеточном звене системы иммунитета, которые выражались в снижении абсолютного содержания В-лимфоцитов, Т-лимфоцитов и их субпопуляций.

При односторонности изменений, отсутствие достоверных различий между группами больных, указывало на неспецифический характер иммунного ответа на операционный стресс и было обусловлено исходным состоянием больного, а не видом нутритивной поддержки.

Вывод:

Раннее энтеральное зондовое питание сбалансированными смесями к концу третьих суток послеоперационного периода, сопровождается достоверным повышением спектра клеточного звена иммунитета по отношению с контрольной группой.

Применение методики ранней нутритивной поддержки позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений в 1,3-1,5 раза, реабилитировать оперированных больных в более ранние сроки.

Литература:

1. Арзыкулов Ж.А., Ижанов Е.Б. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Онкология и радиология Казахстана, №3, 2003. С.90-95.
2. Цай Е.Г., Баишева С.А. Иммунотерапия рака желудка // Онкология и радиология Казахстана, №2, 2002. С.83-89.
3. Chen da W, Wei Fei Z, Zhang YC, et al. Role of enteral immunonutrition in patients with gastric carcinoma undergoing major surgery // Asian J Surg. 2005 Apr; 28(2):121-124.
4. Логинов А.С., Царегородцева Т.М., Зотина М.М. Иммунная система и болезни органов пищеварения. - М., Медицина, 1986. - 256 с.
5. Крыжановский Г.Н. Стресс и иммунитет // Вестн. АМН СССР. - 1985. - №8. - с.3.
6. Шарманов Т.Ш., Вигдорович Д.И., Айдарханов Б.Б., Шарманов А.Т. Изучение возможности коррекции иммунной системы с помощью пищевых продуктов // Вopr.питания. -1986. - N4. - С.39-41.

УДК 616.33-022.44-005.1

ЯЗВА ЖЕЛУДКА С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ В 1-Е СУТКИ

И. А. Эм

КГКП "Больница скорой медицинской помощи"

Summary

The analysis of the immediate results of the various tactical approaches allowed to argue the choice of optimal variant of treatment for patients of all age groups in favor of differentiated strategic approach, including a complex of measures on the prediction of relapse haemorrhages, the application of an optimal program of conservative hemostasis, and taking into account objectively substantiated indications and contra-indications, held in the first day-operative treatment for Bilrot - 1.

Тұжырым

Асқазан жарасынан қан кету кезінде әр түрлі емдеу жолдарын нәтижелеріне сүйене отырып және науқастардың барлық жас мөлшеріне сай консервативті гемостазбен қатар көрсеткіштер мен қарама-қарсы көрсеткіштерді еске ала отырып сырқаттың алғашқы тәуліктерінде Бильрот-1 әдісімен операция жасау жөн.

Актуальность проблемы. Лечение пациентов с острыми гастроудоденальными язвенными кровотечениями (ОГДЯК) продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем современной urgentной хирургии по целому ряду причин. Число пациентов с ОГДЯК имеет тенденцию к неуклонному росту, увеличившись за последние пять лет более чем в два раза, по сравнению с началом 1990-х годов. Составляя до 60-80% от всех геморрагических осложнений заболеваний пищеварительного тракта [1,2,3], гастроудоденальные кровотечения язвенной этиологии и сегодня сопровождаются достаточно высокой летальностью. Так, показатели общей и, особенно, послеоперационной летальности в большинстве хирургических клиник остаются высокими и не имеют тенденции к снижению. Если в клиниках, предметно занимающихся проблемой лечения пациентов с ОГДЯК, показатели общей и послеоперационной летальности колеблются в пределах 5,2-6,1% и 9,1-11,2% соответственно (В.К. Гостищев, 2005, И.И. Затевахин, 2001, Ю.М. Панцырев, 2000), то по г. Москве в 2007 году в среднем уровень общей и послеоперационной летальности при ОГДЯК составил 6,8% и 15,2% соответственно (А.С. Ермолов, 2007) [4]. Несмотря на то, что многие вопросы лечебной тактики при ОГДЯК сегодня уже детально разработаны, значительная часть тактических положений остается весьма дискуссионной. Это связано с выраженной разнородностью контингента больных, госпитализируемых по поводу ОГДЯК и сложностью определения некоего универсального тактического подхода при язвенных геморрагиях. При этом рассмотрение проблемы ОГДЯК требует принятия во внимание фактов значительной разнородности пациентов по возрасту и выраженности сопутствующей патологии, различной тяжести кровопотери, наконец, различной этиологии гастроудоденальных язв-источников кровотечения. Традиционно наибольшее число вопросов возникает при обсуждении проблемы ОГДЯК у пациентов пожилого и старческого возраста [5,7]. Несмотря на используемые различные варианты лечебной тактики, летальность при гастроудоденальном кровотечении остается высокой, особенно в пожилом и старческом возрасте, достигая у оперированных больных величины 25% и выше [2,3].

Критическое отношение современных исследователей к ранее бесспорному приоритету эндоскопического гемостаза и антисекреторной терапии в достижении окончательной остановки кровотечения, обусловленное наличием стабильного уровня рецидивов ОГДЯК при различных вариантах эндоскопического и лекарственного гемостаза отдельно или сочетано, не позволяет считать исчерпанной тему лечебной тактики при язвенной геморрагии. Кроме того, прогрессирующее увеличение числа больных с осложненными формами язвенной болезни заставляют многих авторов усомниться в принципиальной перспективности консервативного лечения данной патологии. Все чаще поднимается вопрос о расширении показаний к радикальному хирургическому лечению язвенной болезни, и тем более ее осложнений, прежде всего - у больных молодого и зрелого возраста [3,6].

Цель исследования. Определение особенностей клинического течения острых гастроудоденальных язвенных кровотечений, анализ непосредственных результатов лечения при различных тактических подходах у пациентов разных возрастных групп для выбора оптимального варианта хирургической тактики с целью улучшения результатов лечения больных с язвами желудка, осложненными кровотечениями.

Задачи исследования.

Провести сравнительный анализ непосредственных результатов лечения пациентов разных возрастных групп при язве желудка с кровотечениями при выжидательной, активной и дифференцированной лечебной тактике для определения оптимального для каждой возрастной группы тактического подхода.

Материал и методы исследования.

В условиях БСМП нами проведено исследование 70 больных с кровотечениями при язве желудка. На основании анализа особенностей клинического течения острых язвенных кровотечений у пациентов разных возрастных групп показано, что с увеличением возраста пациентов преобладающим источником геморрагии при острых гастроудоденальных язвенных кровотечениях становятся каллезные и симптоматические язвы желудка. Возникновение острых гастроудоденальных язвенных кровотечений у больных молодого возраста является маркером тяжелого течения язвенной болезни и показанием к проведению первично-радикальных оперативных вмешательств.

Выявлено, что с увеличением возраста пациентов отмечается тенденция к снижению эффективности консервативных методов гемостаза и возрастание числа рецидивов язвенной геморрагии у пациентов пожилого и старческого возраста соответственно.

Установлено, что наиболее высокие показатели послеоперационной летальности при кровотечениях из острых и НПВП-индуцированных язв объясняются наличием данных морфологических форм у больных пожилого и старческого возраста, при наличии тяжелой фоновой патологии. Анализ непосредственных результатов различных тактических подходов позволил аргументировать выбор оптимального варианта лечебной тактики для пациентов всех возрастных групп в пользу дифференцированного тактического подхода, включающего комплекс мероприятий по прогнозированию рецидива геморрагии, применению оптимальной программы консервативного гемостаза, и с учетом объективно обоснованных показаний и противопоказаний, проведение первых суток-оперативное лечение по Бильрот-1.

Литература:

1. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М., Универсум паблишинг. -1997. - С. 410-423.
2. П.Булгаков Г.А. Хирургическое лечение и профилактика патологических синдромов после операций на желудке при язвенной болезни. - Дисс. . д.м.н. Москва, 1999, 261 с.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Патогенетические аспекты рецидивов гастроудоденальных язвенных кровотечений. - Хирургия, № 5, 2004. - С. 21-25.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастроудоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. - М., 2005, 350 с.
5. М.А. Евсеев, С.Р. Асфарам. Летальность при острых гастроудоденальных язвенных кровотечениях. Клиническая медицина: вопросы клиники, диагностики, профилактики и лечения. Том 9, часть 2. В. Новгород. - Алматы, 2003. - С. 295 – 301
6. Пархисенко Ю.А. Лечение язвенных гастроудоденальных кровотечений с учетом особенностей постгеморрагического состояния. - Дисс... д.м.н., Воронеж, 1997, 290 с.
7. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости (под ред. В.С. Савельева). - М., 1982, 298 с.

УДК 616.342-002.45-089

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ - ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Б. А. Айтмолдин

КГКП "Больница скорой медицинской помощи"

Тұжырым

Ұлтабардың жарасының тесілуі осы сырқатпен ұзақ мерзім ауырған науқастарда жиі дамиды.

1. егер жара көлемі үлкен болып, науқас алғашқы сағаттарда ауруханаға келіп түссе, Бильрот -1 операциясы жасалды.
2. егер науқас бір тәуліктен кейін түссе, жараны тігу кеңесі беріледі.

Summary

A perforated ulcer occurred in patients, suffering from a long time of this disease.

1. upon receipt of the patient in the first hours, if the plague is large, the performed operation on Bilrot - 1.
2. the admission of the patient through the night was only the closure of the ulcers.

Актуальность проблемы.

Хирургическое лечение больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является одной из актуальных проблем гастроэнтерологии.

Несмотря на внедрение новых антисекреторных препаратов, вызывающих значительное снижение желудочной секреции и методов эрадикации *Helicobacter pylori* наблюдается увеличение заболеваемости и осложнений язвенной болезни - кровотечения, перфорации язвы и стеноза пилоро-дуоденального отдела [2,5]. В последние годы некоторые хирурги отмечают увеличение числа сочетанных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (перфорация язвы и кровотечение; двойная локализация язв; сочетание перфорации язвы или кровотечения с пенетрацией в поджелудочную железу или малый сальник; сочетание осложнений с пилорoduоденальным стенозом; сочетание всех осложнений — перфорации язвы, кровотечения, пенетрации и стеноза) [5,6]. Некоторые хирурги в последние годы предлагают в лечении осложненных дуоденальных язв (НР позитивные больные) паллиативные вмешательства с последующей эрадикацией *H. pylori*, однако в литературе приводятся лишь единичные сообщения, которые не позволяют сформулировать окончательные выводы о подобном методе лечения [1,4].

Резекция желудка в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является лишь важным историческим достижением и не отражает современные тенденции хирургических вмешательств при этом заболевании (высокая послеоперационная летальность при экстренных вмешательствах достигающая 20%, высокая частота болезней оперированного желудка - 16-26%, увеличение частоты заболеваемости раком культи желудка в 6 раз по отношению к общей популяции населения) [3]. В настоящее время для оценки результатов хирургических вмешательств у больных с осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки следует использовать не только количественные показатели, но и качество жизни пациентов, которое является одним из основных критериев эффективности лечения. Важное значение для формирования тактики лечения больных с осложненными язвами двенадцатиперстной кишки имеет определение затрат на лечение.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

1. Обосновать выбор метода операции у больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки.

4. Обосновать тактику хирургического лечения у больных с сочетанными осложнениями кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. Проводилось исследование за период с 2008 по 2010 гг. Изучено 66 случаев заболевания язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и методов оперативного лечения.

Прободение стенки органа с попаданием содержимого желудка, кишки в брюшную полость является тяжелым осложнением язвенной болезни.

- 1) при поступлении больного в первые часы, если язва большая, то производилась операция по Бильроту - 1.

- 2) при поступлении больного через сутки только ушивание язвы.

Прободная язва возникала у больных, страдающих длительное время этой болезнью. Иногда возникает внезапно у людей, ранее считавших себя здоровыми (так называемые "немые", бессимптомно протекающие язвы). Прободению благоприятствовал переизбыток, употребление алкоголя, поднятие тяжести, травмы живота, тряская езда (прободение может наступить и при полном покое. Симптомы болезни. Начало острое: внезапная ("удар ножом в живот"), постоянная, нестерпимая боль в подложечной области, реже в правом подреберье или области пупка, резко усиливающаяся при малейшем движении, отдающая вверх, в область правого (левого) плеча, лопаток. Рвота отсутствует или однократная, стул и отхождение газов задержаны. Большой неподвижен, бледен, покрывается холодным липким потом, нередко занимает вынужденное положение, чаще на правом боку, с подтянутыми к животу ногами. Живот становится плотным, напряженным, не участвует в дыхании. В некоторых случаях возможно закрытие прободного отверстия (прикрытая перфорация) каким-либо прилегающим органом (кишкой, желчным пузырем), при этом острая вначале боль несколько ослабевает, что может на время улучшить самочувствие больного и отсрочить вызов врача (подобная ситуация таит в себе большие опасности в отношении развития воспаления брюшины). Тактика выбора метода операции у больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки заключалась в нижеследующем:

- 1) при поступлении больного в первые часы, если язва большая, то производилась операция по Бильроту - 1.

- 2) при поступлении больного через сутки производилось только ушивание язвы.

Таким образом, обоснование выбора метода хирургического лечения у больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки имеет важное практическое зна-

чение, что может способствовать снижению летальности и повышению качества жизни больных.

Литература:

1. Антонов В.Н. Эндоскопический гемостаз и прогноз рецидива кровотечения при хронических гастродуоденальных язвах (экспериментально-клиническое исследование): Дис... канд. мед. наук. / Иркутский мед. университет. Иркутск, 2006. - 164 с.
2. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. 2006. - № 5. - С. 26 - 28.
3. Баев О.В. Выбор лечебной тактики у больных с перфоративными язвами гастродуоденальной зоны:

Дис. канд. мед. наук. / Ростовский мед. университет. Ростов - на - Дону, 2006. - 148 с.

4. Горбунов В.Н., Наумов Б.А. Технические варианты выполнения проксимальной желудочной ваготомии (Обзор литературы) // Хирургия. 1989. - №8. - С.143 - 148.

5. Грубник Ю.В., Фоменко В.А., Пилипенко А.С. Осложнения локального эндоскопического гемостаза у больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // 4-й Московский конгресс по эндоскопической хирургии. М., 2000. - С. 79 - 80.

6. Гусейнзаде М.Г. Клинико-экономический анализ ведения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Эксперим. клин. гастроэнтерология. -2006.-№4.-С. 5- 10.

УДК 616.366-003.7-616.367-06-089

МИНИДОСТУПНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЁННОЙ НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Н.Р. Рахметов

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

Өт жолдарының өтімсіздігімен асқынған өт - тас ауруы еміндегі мини – тілімді операциялар

Мақалада өт – тас ауруы және оның асқинуларымен ауырған 387 науқастар хирургиялық емі нәтижелері талқыланды. Механикалық сарғаю дамуымен асқынған өт жолдары өтімсіздігі 7,0 % науқастарда анықталды. Аталмыш асқынудың негізгі себебі холедохолитиаз (70,4 %) болды. Механикалық сарғаюмен ауырған науқастардың 88,9 % өт жолдарының өтімділігін минитілімдік операциялар көмегімен іске асты.

Summary

Miniinvasive operations at treatment of the choelithiasis complicated by disturbance of passableness of cholic ducts

In article have been analysed results of surgical treatment of 387 patients with cholelithiasis and its complications. Disturbance of passableness of cholic ducts with development of a mechanical icterus was observed at 7,0 % patientes of a choelithiasis, the primary reason was the choledocholithiasis (70,4 %). At 88,9 % patients of a mechanical icterus restoration of passableness of cholic ducts is authorised with use of miniinvasive operations.

Введение

В настоящее время желчно - каменная болезнь (ЖКБ) является одним из часто встречаемых заболеваний. За каждые 10 лет заболеваемость с данной патологией увеличивается в 2 раза [1, 2]. Рост заболеваемости ЖКБ, отмеченный за последние десятилетия, сопровождается увеличением частоты осложнённых форм. Среди осложнений наиболее часто встречается холедохолитиаз и стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) [3 - 6]. Холедохолитиаз занимает ведущее место и наблюдается у 5-22% больных ЖКБ [1, 3, 5, 7, 8], в группе больных старше 60 лет его частота достигает 28,1-35% [1, 5]. Стеноз БСДК встречается у 0,7 - 40% больных с холедохолитиазом [3, 5].

Чрезвычайно важна проблема лечения заболеваний внепечёночных желчных протоков, пока являющихся основной причиной выполнения операций из традиционного доступа или конверсии. Необходимы дальнейшая разработка и совершенствование методов разрешения протоковой патологии миниинвазивными способами [9].

Целью исследования явилось изучение частоты и причин развития нарушения проходимости желчных протоков при ЖКБ и результатов его лечения с использованием минидоступных операций.

Материал и методы

Нами проанализировано результаты хирургического лечения 387 больных ЖКБ и её осложнениями с использованием малоинвазивных технологий. При этом 205 (57,4%) пациентов госпитализированы по поводу острого холецистита, 182 (42,6%) - по поводу хронического холецистита.

У 27 (7,0%) больных, из общего числа оперированных наблюдалась механическая желтуха. Мужчин было 4 (14,8 %), женщин – 23 (85,2 %). Средний возраст составил 58,4±12,2 лет. Длительность желтухи у 24 (88,9%) пациентов не превышала 15 дней, у 3 (11,1%) - длительность желтухи составила более 20 дней. У 19 (70,4%) пациентов выявлено 2 и более сопутствующих заболеваний, такие как хронические заболевания легких (хронический бронхит, пневмосклероз, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма), различные расстройства сердечно - сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС, остаточные явления нарушений мозгового кровообращения), болезни органов пищеварения, мочевого выделения, обмена веществ, патологий костно - суставной системы.

Из 27 оперированных больных с механической желтухой у 5 (18,5%) был хронический «склероатрофический» калькулёзный холецистит, у 19(70,4%) острый флегмонозный калькулёзный холецистит, у 3(11,1%) – гангренозный холецистит. У пациентов выявлены следующие осложнения: холедохолитиаз – 19 (70,4%),

гноный холангит – 7(25,9%), стеноз терминального отдела холедоха – 3(11,1%), перивезикальный абсцесс – 3(11,1%), синдром Миризи II типа – 2(7,4%), синдром Миризи I типа – 1(3,7%), пузырно-тонкокишечный свищ – 1(3,7%), острый геморрагический панкреатит – 2(7,4%).

Результаты и обсуждение

Причинами развития механической желтухи явились следующие причины: холедохолитиаз – 19 (70,4 %), из них в 2 (7,4 %) наблюдениях синдром Миризи II типа; стеноз терминального отдела холедоха – 3(11,1 %); синдром Миризи I типа – 1(3,7 %), острый панкреатит – 2 (7,4 %).

Минидоступные операции выполнены 24(88,9 %) больным механической желтухой. Холецистэктомия из минидоступа в сочетании с холедохолитотомией и дренированием холедоха выполнена 13 (48,1 %) пациентам, холецистэктомия в сочетании с холедоходуоденостомией по Юрашу - Виноградову выполнена – 7 (25,9 %), холецистэктомия и дренирование холедоха 4 (14,8 %) больным. Конверсии на широкую лапаротомию не было.

Традиционным способом из верхней срединной лапаротомии оперированы 3 (11,1 %) больных механической желтухой. Показанием к операции был в одном наблюдении синдром Миризи II типа, в другом – хронический «склероатрофический» калькулёзный холецистит с множественным холедохолитиазом. Традиционная холецистэктомия сочеталась с холедохолитотомией и холедоходуоденостомией по Юрашу - Виноградову у 2 пациентов, дренированием холедоха по Керу - у 1.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 3 (11,1%) оперированных больных механической желтухой. У пациентов послеоперационная нижнедолевая очаговая пневмония купирована проведением консервативной терапии. Раневой инфекции, повторных оперативных вмешательств и летальных исходов не было.

Выводы

Таким образом, нарушение проходимости желчных протоков с развитием механической желтухи наблюдалось у 7,0% больных желчнокаменной болезнью, преимущественной причиной явился холедохолитиаз (70,4%). У 88,9% больных механической желтухой восстановление проходимости желчных протоков разрешено с использованием минидоступных операций.

Литература:

1. Фёдоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. Под ред. В.С. Савельева. – М.: Гэотар медицина, 1998.
2. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – Москва, 2000. – 139с.
3. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. М.: Медицина, 2000. – 224с.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – Видар, 2006. – 561с.
5. Шулутко А.М., Данилов А.И., Чантурия М.О., Пискунов Д.А., Колесников М.В. Возможности мини-лапаротомии с элементами «открытой» лапароскопии в хирургическом лечении холедохолитиаза. // Эндоскопическая хирургия. – 2000. - №1. – С. 19-24.
6. Савельев В.С. 50 лекций по хирургии. - Москва, 2004. – 752с.
7. Стрекаловский В.П. Старков Ю.Г., Григорян Р.С., Шишкин К.В., Ризаев К.С. Лапароскопическая холецистэктомия при холедохолитиазе стриктуре терминального отдела общего желчного протока. // Хирургия. – 2000. - №9. - С. 4-7.
8. Эмилио Итала. Атлас абдоминальной хирургии. – Москва, 2006. – Т. 1. – 500с.
9. Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Хирургическое лечение холелитиаза: неизбежные принципы, щадящие технологии. // Хирургия. – 2005. - №8. – С. 91-93.

УДК 616.681-007.43-089

УЩЕМЛЁННЫЕ ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Б. А. Айтмолдин

КГКП "Больница скорой медицинской помощи"

Тўжырым

Қылта жарығының қысылуы сырқатымен ауыратын науқастардың ішінде кәрі немесе жасы 60-тан асқан адамдар саны жоғары екендігі, жедел жәрдем көрсету барысында қаіптіліктің алдын алу және емдеу тәсілін егжей-тегжейлі қабылдау жақсы нәтиже беретіндігі анықталды.

Summary

Among patients with disadvantaged inguinal hernias at the present time a large preponderance of the patients of elderly and senile age, with severe concomitant pathology, the high level of late hospitalization, which significantly increases the risk of emergency вмешательства. таким way, a differential approach to choice of treatment tactics in strangulated hernias allows you to get a good immediate results.

Актуальность проблемы. Наружные грыжи живота являются одними из самых распространенных хирургических заболеваний и встречаются у 3-7 % населения [2,4]. Частота встречаемости грыж в разных странах с годами существенно не меняется. Грыжесечение является наиболее частой операцией в хирургии и составляет 10-15 % от общего числа всех операций [5]. Паховые грыжи выявляются у 1-5 % мужчин и 0,3-2 % женщин, составляя до 80 % от всех видов грыж живота, в США — более 700 000 с

расходами более 30 млрд. долларов [6]. Предложено огромное количество методик пластики пахового канала. А.И. Барышников (1966) упоминает о 300 способах, через 35 лет В.В. Воробьев (2002) сообщил уже о 660 способах грыжесечений, т.е. более чем в 2 раза больше. Проблема поиска и выбора безрецидивного способа хирургического лечения больных с паховыми грыжами была и продолжает оставаться актуальной. Это обусловлено широким распространением заболевания и преимущественным

поражением лиц трудоспособного возраста. От 3 до 7 % мужского трудоспособного населения являются носителями паховой грыжи [4,7]. При паховых грыжах такая пластика реализуется за счет применения сетчатых протезов, лапароскопическим или открытым методом. Лапароскопические способы являются более сложными вмешательствами, требуют длительного времени для освоения и имеют ряд противопоказаний, не присущих открытым методикам.

Среди открытых операций преобладает методика I.L. Lichtenstein, которая имеет наилучшие результаты, а техническая простота и эффективность дают преимущество перед другими пластиками. Автор метода на большом материале демонстрирует прекрасные результаты и отмечает всего 0,2 % рецидивов заболевания. Другие авторы дают сходную статистику. Значительно уменьшилось и количество послеоперационных осложнений — 4,6-6 %. Популярность методики послужила причиной появления большого количества ее модификаций. Одновременно нужно признать, что появление новых способов и предложение целого набора оригинальных протезных конструкций вызваны сохраняющейся неудовлетворенностью хирургов. Актуальность проблемы связана, прежде всего, с сохраняющимся достаточно высоким уровнем рецидивов, до 5,5 %, при паховых грыжах со значительным разрушением структур пахового канала [1,8]. У пациентов мужского пола паховое грыжесечение выполняется в непосредственном контакте с семенным канатиком. При формировании внутреннего пахового кольца может произойти его излишняя компрессия с последующим нарушением кровообращения, отеком семенного канатика и яичка. В результате возможен синдром хронической боли, различные нарушения половой функции и снижение фертильности. В последнее время разными авторами предпринимаются попытки разработать способ выполнения паховой герниопластики из минидоступа [1,3]. Стремления хирургов понятны, это общая тенденция хирургии.

Цель исследования. Проанализировать непосредственные результаты лечения больных старше 60 лет с ущемленными грыжами за период 2010 по 2011 гг.

Материалы и методы. За период 2010 по 2011 год в хирургическом отделении БСМП пролечено в возрасте старше 60 лет 39 больных с ущемленными паховыми грыжами. Всем больным при поступлении проводилось общеклиническое обследование, ЭКГ,

рентгеноскопия органов грудной и брюшной полости. Больные осматривались терапевтом, анестезиологом.

Результаты: у всех больных грыжевое выпячивание не вправлялось в брюшную полость. Следует отметить, что это исследование про-водилось без усилий, памятуя о возможных осложнениях насильственного вправления. Мы придерживаемся принципа: «Лучше признать невправимую грыжу ущемленной и прооперировать, чем ущемленную грыжу признать невправимой». Срок от момента поступления в стационар до операции составил в среднем $3 \pm 1,2$ часа. Пластика выполнена по Пастемскому.

Вывод: Среди больных с ущемленными паховыми грыжами в настоящее время значительно преобладают пациенты пожилого и старческого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией, высоким уровнем поздней госпитализации, что значительно повышает риск экстренного оперативного вмешательства. Таким образом, дифференцированный подход в выборе лечебной тактики при ущемленных грыжах позволяет получить хорошие непосредственные результаты.

Литература:

1. Емельянов С. И., Протасов А. В., Рутенбург Г. М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж // Эндоскопическая хирургия. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 23-24.
2. Пути профилактики пахово-генитальной невралгии при устранении паховых грыж / В. Е. Милуков и др. // Герниология. — 2007. № 3 (15). - С. 43-44.
3. Способ обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжа / С. В. Шалашов и др. // Герниология. 2008. - № 2 (18). - С. 44-46.
4. Федоров В. Д., Андреев С. Д., Адамян А. А. Принципы хирургического лечения паховых грыж // Хирургия. — 1991. — № 1. С. 59-64.
5. Фомин С. А. Новый косой параректальный мининвазивный доступ при аппендэктомии // Медицинские науки. Теоретическая и экспериментальная медицина. 2008. - № 3. - С. 71-80
6. Marsden A. Recurrent inguinal hernia: A personal study // Brit. J. Surg.- 1988. Vol. 75. - P. 263-266.
7. Usher F. C. Hernia repair with knitted polypropylene mesh // Surg Gynecol Obstet. 1963. - Vol. 117. - P. 239-240.
8. Wantz G. E. Shouldice repair // Contemp. Surg. 1988. - Vol. 33. -P. 15-21.

УДК 616.151+615.211

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОЦИРКУЛЯЦИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕКОФОЛА С ИНГАЛЯЦИОННЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ СЕВОРАН И ФОРАН

Х. Ф. Якупова

Государственный медицинский университет, города Семей

Тұжырым

Рекофол және анестетиктер форан, севоранмен үйлестірілгендегі гемоциркуляцияның көрсеткіштерінің салыстырмалы бағасы

Жүрек және қантамырлар жүйесінің паталогиясы бар науқастарға анестезиологиялық көмек жиі актуальді болып келеді. Жүрек және қантамырлар жүйесінің паталогиясымен 25 науқасқа анестезиялық анализ жүргізілді. Үйлестірілген анестезияда қан айналым көрсеткіштері қалыпты жағдайға жақын сақталды.

Summary
**Comparative analysis of blood circulation indicators at combined use
of Recofol with inhalational anesthetics (Sevoran, Foran)**

Anesthesiological supply of patients with accompanying cardio-vascular system pathology becoming more actual today. We have analyzed 25 anesthetics at patients with accompanying CVS diseases. At combined anesthesia indicators of blood circulation were in normal range.

Анестезиологическое обеспечение больных с сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) становятся все более актуальными [1,2,]. Более половины лиц пожилого возраста в той или иной степени страдают атеросклерозом, АГ (артериальная гипертония) и ИБС (ишемическая болезнь сердца). Таким образом, у пациентов с сопутствующей патологией со стороны ССС во время проведения общей анестезии возможно снижение сократимости миокарда, во многом определяющего исход операций [3,4]. В анестезиологической практике всё чаще используют ингаляционные анестетики последних поколений из-за их управляемости и предсказуемости, а также из-за их минимальных гемодинамических супрессивных эффектов (5).

Цель исследования:

Провести сравнительную оценку воздействия анестезии рекофолом в сочетании с севораном и фораном на гемодинамику у пациентов с сопутствующей патологией со стороны сердечно - сосудистой системы.

Материалы и методы:

Исследовано 25 анестезии, что соответствует количеству обследованных больных в возрасте от 65 до 80 лет. Больные с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы в виде гипертонической болезни - II степени у 11 больных, АГ - III степени - у 2 больных с ишемической болезнью сердца (стенокардия, инфаркт в анамнезе, нарушения сердечного ритма, и др.) у 12 больных. Пациенты были разделены на две группы. У 13 пациентов 1-ой группы, анестезия проводилась с помощью форана; у 12-й больных 2-ой группы, наркоз поддерживался анестетиком севоран. Вводный наркоз у пациентов обеих групп осуществляли внутривенным болюсным введением рекофола со скоростью 40 - 60 мг/мин. ИВЛ осуществляли наркозным аппаратом Сафер (Япония). Параметры гемодинамики оценивали неинвазивно с помощью кардиомонитора МИТАР – 01- «Р-Д» (Россия).

Поддержание анестезии в обеих группах проводили рекофолом, который вводился дозатором SEP - 10S в дозе 15-25 мл/ч параллельно проводили ингаляцию анестетиков. У больных 1-ой группы проводили фораном в концентрации 0,3 – 0,5 МАК. Во 2-ой группе поддержка анестезии осуществлялась ингаляцией паров севорана в концентрации 0,8 - 1,0%. Центральную анальгезию проводили введением фентанила в субнаркозных дозировках. Миоплегию, как в первой, так и во второй группах, поддерживали введением

ардуана. Ингаляцию анестетика в обеих группах прекращали за 10-15 мин до наложения последних швов на рану.

Результаты исследований и их обсуждение.

В начале операций у всех больных отмечено умеренное повышение АДср. и ОПСС при субнормальных значениях показателей производительности миокарда. Частота сердечных сокращений имела адекватную динамику к снижению, причем степень данных изменений вначале и в ходе основного этапа операции ни в одном случае не выходила за пределы уровня ЧСС, обеспечивающего адекватную гемодинамику. Величина систолического артериального давления в обеих группах, исходно была повышенной до средней величины 142 ± 6 мм рт.ст.. На фоне вводного наркоза она имела динамику к снижению до 127 ± 5 мм рт.ст., а в ходе оперативного вмешательства снижалась в среднем до 119 ± 4 мм рт.ст., и ни в одном из случаев не была меньше 100 мм рт.ст.. В конце операции наблюдалась адекватная тенденция к повышению АД, не достигающему, тем не менее, исходных значений. Остальные показатели кровообращения у исследуемых пациентов после лапаротомии достоверно не отличались ни от предоперационных, ни от аналогичных нормативных значений.

Вывод.

При комбинированной анестезии с использованием рекофола в сочетании с фораном и севораном показатели гемодинамики сохранялись в пределах нормативных значений, ввиду менее выраженных гемодинамических сдвигов, что позволяет ее применять при хирургических вмешательствах у больных, страдающих ИБС и АГ.

Литература:

1. Бражникова Н.А., Цхай В.Ф. Возраст и осложнения - причины риска оперативного лечения // Материалы 9 конференции хирургов - гепатологов России и стран СНГ. – С. - Петербург. – 2002. – С. 91
2. Евгенов О. Анестезия для пожилых. // Освежающий курс лекций. – 1993. – С. 103.
3. Летенков В.Н. Прогнозирование риска операций «малых доступов» у больных желчнокаменной болезнью: Автореф. дис. канд. мед. наук. ММА им. И.М.Сеченова. – 1998. – С. 20.
4. Cantillo J., Goldberg M.E., Larijani G.E. // Pharmacotherapy. – 1997. – Vol. 17. – P. 779 - 782.
5. Фрид М., Грайнс С. // Кардиология в таблицах и схемах. Пер. с англ. – М.: Практика. – 1996. – 736 с.

УДК 616-005.4-616.136

ХРОНИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ**П. И. Какенова, Д. К. Шайпранова, С. Ж. Мантыкова****Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей,
Павлодарская городская больница №1, ВА Каратомар****Резюме**

Улучшение результатов лечения непроходимости брыжеечных сосудов, снижение летальности зависит от своевременной диагностики, интенсивного консервативного лечения, реконструктивных, радикальных сосудистых операций.

Тұжырым**Созылмалы абдоминалдық ишемия**

Асқазан-ішек жолының ишемиясы - ішперде аортасының, жұптық емес висцералдық қантамыры бойынша ас қорыту түтігінің қанмен қамтамасыз етілуінің бұзылуымен байланысты. Ерте уақыттылы диагностика, радикалды емдеу өлім жағдайларын төмендетеді.

Summary**Chronic abdominal ischemia**

Ischemia of the gastrointestinal tract associated with loss of blood supply to the digestive tube unpaired visceral vessels of the abdominal aorta. Mortality can be reduced with early diagnosis and radical treatment.

Ишемия органов брюшной полости связана с нарушением проходимости непарных висцеральных сосудов брюшной аорты.

Согласно концепции Ашоффа тромбозболия кишечных сосудов развивается у людей имеющих повышенную свертываемость крови, заболевания сосудистой стенки, замедление тока крови [1].

Нарушение кровообращения бывает в артериях, венах, смешанные (в артериях и венах).

Клиническое течение и исход зависит от постепенной или острой закупорки, от поражения артерии или вены. Нарушения кровообращения бывают неокклюзионные и окклюзионные. Окклюзионные возникают вследствие закупорки магистральных сосудов эмболом, тромбом, сдавление. Неокклюзионные возникают первично, в результате ангиоспазма и падения перфузионного давления вследствие сердечной слабости, слабости кровотока. На современном периоде имеется склонность увеличения сердечно-сосудистой патологии. Трудность диагностики заключается в том, что мезентеральные сосуды остаются длительно проходимыми вплоть до некроза. Такие больные продолжительный период под маской хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта наблюдаются у врачей в поликлинике и лечатся в терапевтических стационарах. С течением времени неокклюзионные нарушения завершаются закупоркой сосудов, некрозом кишки. больная М., в течении 5-6 лет страдала болями в животе. Многократно лечилась в поликлинике, стационаре. Осмотрена всеми специалистами. Диагностировали: хр.гастрит, хр.язвенную болезнь, хр.холецистит, панкреатит, 2-х сторонний пиелонефрит, симптоматическую гипертензию, ангиопатию, ретинопатию, ангиоспазм. Умерла в 24 года после операции. DS: Тромбоз мезентеральных сосудов. Гангрена кишки. Разлитой перитонит.

И так, течение заболевания зависит от темпа, пространственности развития патологического процесса. Предшествующие боли в животе могут наблюдаться задолго до появления клиники закупорки мезентериальных сосудов. В практике своевременная диагностика нарушений мезентериального кровообращения в стадии ишемии не всегда возможна. При хронической абдоминальной ишемии закупорка сосудов, длительно не осложняется инфарктом кишки.

У больных с нарушением гемоциркуляции в анамнезе хронический гастрит, хроническая язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический энтероколит, от которых они длительно безуспешно лечатся [4]. Специфические симптомы отсутствуют. Для хронической недостаточности кровоснабжения органов пищеварения характерен синдром "абдоминальной ангины" (брюшная жаба). В основе синдрома лежит стенозирование всех трех непарных ветвей брюшной аорты, чаще одной верхней брыжеечной. Приступ боли начинается на высоте пищеварения спустя 30-35 минут после приема пищи, физической нагрузки и стихает самостоятельно. При ишемии кишки характерны сильные, не локализованные боли в животе устойчивые к наркотическим, обезболивающим. При поражении венозной системы боль может отсутствовать или быть незначительной. Пальцевое исследование прямой кишки выявляет наличие кровянистого выделения, что является одним из важных признаков для диагностики. Следующим признаком хронической непроходимости брыжеечных сосудов является синдром кишечной дисфункции, которая проявляется чувством переедания, тяжести, распирания в животе, тошнотой, рвотой, урчанием, вздутием живота, чередованием запоров и паносов. Частые боли в животе, нарушение секреторной, абсорбционной функции желудочно-кишечного тракта способствуют потере веса вплоть до истощения. У таких больных слабость, утомляемость, беспокойное поведение, чувство подавленности, безвыходности, страха, канцерофобии, снижение работоспособности. Объективно: умеренно вздутая конфигурация живота, участие в акте дыхания, мягкость и малая болезненность при пальпации. Часто таких больных госпитализируют в гастроэнтерологическое отделение. Если возникают острые боли в животе, а в анамнезе порок сердца, гипертония, эндокардит, атеросклероз, то можно думать об артерио-мезентериальной непроходимости. Мучительный болевой синдром, примесь крови в рвотной массе, испорачиваниях, несоответствие резкого ухудшения состояния с мало выраженными физикальными симптомами являются характерными признаками ишемии кишки.

Важное диагностическое значение имеют брюшная аорто-ангиография, мультиспиральная компьютерная томография. Если на ангиограмме в подтверждение

клинических данных находят неокклюзирующую мезентериальную ишемию, то консервативное лечение надо направить на улучшение функции сердца. Необходимо провести диетотерапию, инфузионную с включением спазмолитиков, антикоагулянтов, антисклеротических препаратов, средств улучшающих реологию крови. При прогрессировании процесса показано хирургическое лечение.

Высокую летальность 86,7% - 100% [2, 3] при непроходимости сосудов брыжейки можно объяснить запоздалой диагностикой. В большинстве случаев поражение сосудов течет асимптомно, атипично.

Ошибки врачей из различных лечебных учреждений можно объяснить трудностью, сложностью, выявления длительно, медленно, хронически текущей (годами) патологии сосудов брыжейки.

Таким образом, при наличии вегетососудистой дистонии, ангиопатии, ретинопатии, ангиоспазма сетчатки глаз, поражения сосудов почек, длительного неэффективного лечения болевого синдрома по поводу гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистита, панкреатита у врачей всех специальностей должна возникнуть мысль о поражении сосудов органов брюшной полости.

Литература:

1. Норенберг - Чарквиани А.Е. Тромбозы и эмболия брыжеечных сосудов. М., 1967г.
2. Савельев В.С. и др. Флебология М., 2001г.
3. Скрипниченко Д.Ф. Неотложная хирургия брюшной полости Киев., 1986г.
4. Lericfe R. Ihromboses arterielles, physiologie pathologique et traitement chirurgical Paris, 1946.

УДК 612.1-083.98(075.8)

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ

А. А. Кухарева

Восточно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье дана характеристика основным и наиболее частым осложнениям со стороны желудочно-кишечного тракта при химиотерапии злокачественных опухолей – анорексия, рвота, тошнота, диарея (реже запоры), мукозиты. Данные осложнения в значительной степени отягощают состояние больных и часто служат препятствием для продолжения лечения с должной интенсивностью, требую коррекции.

Тұжырым

Химиотерапиялар қарын - ішекті кедергілер

Мақалада дана мінездеме негізгі және қатерлі ісіктерде химиотерапияда тараптармен қарын - ішекті тракттың өте жиі кедергілерге – (сирек тиектер) анорексия, құсық, локсық, диарея мукозиты,. Түбегейлі дәрежеде осы кедергілер ауру күйі салмақ салып жатыр және должной қарқынмен ем жалғасы үшін бөгеуілмен жиі қызмет көрсетіп жатыр, түзеулер талап етіп.

Summary

Gastrointestinal complications chemotherapy

The paper presents the main characteristics and the most frequent complications of the gastro-intestinal tract during chemotherapy of malignant tumors - anorexia, vomiting, nausea, diarrhea (sometimes constipation), mucositis. These complications are largely vitiate the status of patients and often serve as a barrier to continuing treatment with the proper intensity, requiring correction.

Основные и наиболее частые осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта при химиотерапии злокачественных опухолей – анорексия, рвота, тошнота, диарея (реже запоры), мукозиты, которые в значительной степени отягощают состояние больных и часто служат препятствием для продолжения лечения с должной интенсивностью, требуя коррекции. Особенно опасным представляется сочетание этих побочных эффектов между собой с однонаправленностью в сторону нарушений водно-электролитного и энергетического баланса, всасывания в кишечнике, как следствие ведущих к потере веса, кахексии, снижению иммунной защиты, риску серьезных инфекций и ослаблению ответа на химиотерапию. Ближайшие механизмы упомянутых осложнений могут быть различны, отражая, в той или иной степени, особенности токсического действия отдельных групп цитостатиков, что обуславливает необходимость раздельного подхода к их предупреждению и коррекции.

Одним из наиболее ранних проявлений диспепсического синдрома, осложняющего применение цитостатиков, является возникающая в течение 24 часов от начала химиотерапии острая рвота и тошнота, которые нередко

приобретают отсроченный характер и продолжают в течение нескольких дней, несмотря на прекращение лечения. В настоящее время гораздо более сильными антиэметиками из числа блокаторов рецепторов серотонина 3-го типа - антагонистов 5-НТЗ рецепторов, являются трописетрон (навобан), ондансетрон (зофран, латран, эмесет-4 и 8), гранисетрон (китрил) в лекарственных формах для инъекций и приема внутрь (ондансетрон - еще и в суппозиториях), а также не нашедший широкого применения в отечественной практике доласетрон меси-лат (анземет). Навобан, зофран и китрил обладают близкой антиэметической активностью при условии применения в разных дозах и режимах (у 80-90% больных при умеренно эметогенной и 49-72% - в случае высоко эметогенной химиотерапии цисплатином).

Последние сравнительные исследования в условиях умеренно эметогенной химиотерапии позволили зарегистрировать полный контроль острой рвоты зофраном, навобаном и китрилом, соответственно, у 38,8%, 58,8% и 73,7% больных и отсроченной - в 38,8%, 52,9% и 73,7% наблюдений. В суммах показателей полного и частичного

предупреждения рвоты (82,3-89,5%) статистически достоверные различия не отмечались.

Эффективность антиэметического действия перечисленных антагонистов 5-НТЗ рецепторов, не всегда удовлетворительная на фоне химиотерапии цисплатином, повышается при совместном применении с дексаметазоном (10-20 мг внутривенно) или, что менее рационально, с очень высокими дозами (250 мг) метилпреднизолона.

Цитостатическая терапия сопровождается диареей с гораздо большей частотой. Из данных, проанализированных по сводкам о побочных эффектах 43 цитостатиков, используемых в настоящее время в онкологической практике, диарея с частотой более чем у 10% больных регистрируется в результате применения 18 препаратов. Выделяются по высокой вероятности возникновения этого симптома идарубин (20-73%), томудекс (60%), 5-фторурацил (12-57%; выше в комбинации с фолином кальция), топотекан (25-42%, из них IV степени - 5%), навельбин (18-38%), тенипозид (33%), гемзар (8-31%), иринотекан (15-25% IV степени), оксалиплатин или элоксатин (12-25%, III-IV степени -3-7%; в комбинации с 5-фторурацилом и фолином кальция - 84%, в т.ч. III-IV степени - 25%), цитарабин (особенно в комбинации с доксорубицином), дактиномицин и метотрексат (большая часть при приеме внутрь). Вместе с тем, имеются цитостатики, для которых осложнение в виде диареи является редким: блеомицин, бисульфат, лейкеран (хлорбутин), этопозид, ломустин, тиофосфамид, винбластин, гидроксимочевина, но неожиданным образом, у некоторых из них резко учащается при использовании в липосомах (от единичных случаев до 38% у рубомицина) или очень незначительно снижается (для доксорубина - с 10% до 8%).

В подавляющем большинстве случаев диарея обусловлена прямым токсическим действием цитостатиков на одну из самых активно пролиферирующих тканей - эпителий тонкой и толстой кишки и реже связана с холинэргическим механизмом (иринотекан) или развитием патогенной флоры в кишечнике (при фебрильной нейтропении). Повреждению часто сопутствует своеобразная воспалительная реакция и образование язв (язвенный энтероколит, принимающий весьма тяжелое течение). Однако, чаще всего диарея на этом фоне является следствием нарушения баланса между абсорбцией пищевых веществ, солей желчных кислот, секрета поджелудочной железы и реабсорбцией (понижением обратного всасывания) электролитов и воды в дистальных отделах кишечника.

Исходя из общих почти для всех цитостатиков механизмов токсической диареи, меры по ее коррекции заключаются, прежде всего, в регидратации с восстановлением баланса (восполнением потери) электролитов, процесса реабсорбции последних, регуляции флоры (кроме антибиотиков, используемых только в случае фебрильной нейтропении). Простейшим и эффективным способом регидратации, позволяющим избежать во многих случаях парентерального введения растворов электролитов, является обильное питье (до 2-3 л/сут. при контроле рвоты). Эффективным средством коррекции осложнения является лоперамид (имодиум), прием которого несколько раз в день в качестве синтетического опиата не только тормозит повышенную перистальтику кишечника и успокаивает сопутствующие боли в животе, но также подавляет избыточную секрецию и стимулирует реабсорбцию в ворсинках поврежденной слизистой. Более частый, чем обычно прием лоперамида, в частности, является основным средством остановки диареи, индуцированной иринотеканом (КАМПТО). Сохраняют свое значение принципы диеты и режима: преимущественно бесшлаковая (бедная клетчаткой) высоко калорийная, богатая белком пища комнатной температуры или теплая, принимаемая малыми порциями и часто, отказ от газированных напитков, молока и молочных продуктов, сырых овощей и фруктов (за исключением бананов и спаргауса, содержащих большое количество калия, как и печеный картофель), постельный режим, сидячие теплые ванны.

Таким образом, система коррекции основных желудочно-кишечных осложнений в химиотерапии, как видно, довольно сложна и требует согласованности всех мер их профилактики и лечения в комплексе для получения оптимальных результатов.

Литература:

1. Кондратьев В.Б. Осложнения химиотерапии рака ободочной кишки и методы их лечения// *Практ. онкол.* – 2000. – №1. – С. 31–36.
2. MacDonald N. The interface between oncology and palliative medicine// *Oxford Textbook of Palliative Care*. 2nd edn (Doyal D., Hanks G.W.C., MacDonald N., eds). – Oxford: Oxford University Press, 1998. – P. 11–17.
3. Skeel R.T., Lachant N.A. Handbook of cancer. Fourth Edition. – Little: Broun and Company, 1995. – 740 p.
4. Specialist Palliative Care: A Statment of Defintions. Ocassional Paper 8. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. – London, 1995. – P. 145-151.

УДК 616.34-002.582

САРКОИДОЗ КИШЕЧНИКА

Н. К. Ахметов

КГКП «Больница скорой медицинской помощи» г. Павлодара.

Саркоидоз - заболевание, при котором во многих органах формируются патологические скопления воспалительных клеток (гранулемы). Причина саркоидоза неизвестна. Он может являться следствием инфекции или патологической реакции иммунной системы; возможно, играют роль наследственные факторы. Саркоидоз чаще развивается между 20 и 40 годами жизни и наиболее широко распространен в Северной Европе.

В России частота саркоидоза составляет 11 случаев заболевания на 100 тысяч жителей. Микроскопическое исследование кусочка ткани, взятого у больного, выявляет гранулемы. Они могут или исчезать полностью, или превращаться в рубцовую ткань. Гранулемы обычно появляются в лимфатических узлах, легких, печени, глазах, коже и реже - в селезенке, костях, суставах, скелетных мышцах, сердце и нервной системе.

Врачи чаще всего диагностируют саркоидоз по характерному затемнению на рентгенограмме грудной клетки, и тогда дальнейших исследований не требуется. В противном случае диагноз подтверждает микроскопическое исследование кусочка ткани, выявляющее воспаление и наличие гранулем. Для приготовления гистологических препаратов лучше всего подходят кусочки ткани, взятые из измененных участков кожи, увеличенных лимфатических узлов, расположенных близко к коже, и гранулемы на конъюнктиве. Исследование образца одной из этих тканей позволяет точно установить диагноз в 87% случаев. Иногда бывает необходим образец ткани легких, печени или мышцы.

Саркоидоз, проявляющийся изолированным гранулематозным колитом, редок и проявляется подобно болезни Крона. Исследователи из Огайо (США) наблюдали 56-летнюю женщину с болезнью очень сходной с болезнью Крона, у которой наступила ремиссия после лечения 5-ASA. Через 2 месяца у неё возникла лихорадка, лимфаденопатия, мышечная слабость и периферическая нейропатия. Диагноз саркоидоза был поставлен только после длительного обследования на предмет инфекций и ревматоидных изменений. У этой больной, в отличие от болезни Крона, был повышен уровень АПФ сыворотки крови (Dimof J.A. et al., 1999). Мы в своей практике столкнулись с этой патологией всего один раз и хотим поделиться опытом.

Больной В., 1949г.р., поступил 08.03.2011г. с жалобами на боли в животе, больше в нижних отделах постоянного характера, тошноту, одышку, кашель, отсутствие аппетита, слабость, потерю веса, потливость по ночам. До поступления находился на стационарном лечении в ОДЦ с 03.03.11г. Считает себя больным около 3 месяцев. Кашель и одышка беспокоят 2 месяца. 04.03.11г. сделано УЗИ ОБП: диффузные изменения паренхимы обеих почек, поджелудочной железы. Застойные изменения желчного пузыря. Двусторонняя трансформация ЧЛС, микронефролитиаз. VI. Правой почки? Вчера вечером боль внезапно усилилась, сопровождалась тошнотой, слабостью. Обратился в ургентную хирургию, госпитализирован в стационар. Общее состояние тяжелое. Больной истощен. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. В легких жесткое дыхание, в верхних отделах ослабленное, сухие хрипы по всем полям. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации напряжен, болезненный во всех отделах, больше снизу. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. При перкуссии тимпанит. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят. Стула не было 3 дня. Анализ крови: Л.-13,7*10⁹/л, п. 15%, с. 79%, л. 5%, м. 1%, Эр. – 3,8*10¹²/л, Нв – 116 г/л, Тр. – 240,0x10⁹/л, СОЭ – 38мм/ч. На ОРГ ОГК – диссеминированный туберкулез легких? Ранее в ОДЦ был дан барий, последний в толстом кишечнике, который раздут до 8,0 см в диаметре. Консультирован реаниматологом, терапевтом. Выставлен диагноз – Перитонит. Острый аппендицит? VI. Правой почки с распадом. Двусторонний диссеминированный туберкулез легких. Переведен в ОАРПТ для

предоперационной подготовки. 08.03.11г. под эндотрахеальным наркозом произведена широкая срединная лапаротомия. В брюшной полости серозно-фибринозный выпот. При ревизии обнаружена перфорация слепой кишки, размером до 1,5 см, с формирующимся абсцессом, в котором задействована задняя стенка мочевого пузыря, слепая кишка и петли тонкого кишечника. На расстоянии 120 см от связки Трейца, обнаружены две перфоративные язвы, диаметром до 2 см. В брыжейке тонкого кишечника обнаружены множественные лузлы плотной консистенции, диаметром до 1,5-2,0 см. Произведена расширенная правосторонняя гемиколэктомия с первичным илео-трансверзоанастомозом. При дальнейшей ревизии обнаружена увеличенная правая почка, деревянистой плотности, поверхность бугристая. Другой патологии не выявлено. Гистологическое заключение по макропрепарату: множественные язвы подвздошной и слепой кишки. Множественные гранулемы саркоидного происхождения. Необходимо провести дифференциальную диагностику между саркоидозом и болезнью Крона.

В послеоперационном периоде состояние больного тяжелое, экзубирован через 3 часа с момента окончания операции. Гемодинамика стабильная, без вазопрессоров. Нарастала клиника дыхательной и почечной недостаточности. Диурез до 50,0 мл/сут. На вторые сутки с момента операции произошла остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта. От аутопсии родственники отказались, опираясь на религиозные соображения.

Таким образом, мы хотели обратить ваше внимание на то, как клинически может протекать саркоидоз кишечника. Эта патология встречается довольно редко в практике, но не теряет своей актуальности, и по сей день. Как мы видим из нашего примера и данных зарубежных авторов, даже гистологически не всегда удается точно дифференцировать саркоидоз и болезнь Крона. Но по нашему мнению больше данных за саркоидоз, так как имеется диссеминация в легких. По УЗИ ОБП – диффузные изменения паренхиматозных органов. И во время операции не было обнаружено характерных изменений тканей по типу «бульжной мостовой». Поэтому мы склоняемся к диагнозу саркоидоз.

Литература:

1. Федоров В.Д., Емельянов С.И. Хирургические болезни. МИА. – М., 2005
2. Нурахманов Б.Д., Клиническая хирургия. Эверо. – Алматы. 2009
3. Астапенко В.Г. Справочник хирурга. Минск «Беларусь», 1980
4. Кузин М.И. Хирургические болезни. М. – М., 2002
5. Вишневицкий А.А., Левита В.С. Частная хирургия. М. – М., 1963
6. Левин Г.С. Оперативное лечение больных туберкулезом легких. Минск 1962
7. Михайловский С.В. Склерама дыхательных путей. М. – М., 1959

УДК 616.344-002

ПЕРЕКРУТ ЖИРОВОГО ПОДВЕСКА**Р. Р. Нигматуллин****КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Павлодар**

Основная доля всех заболеваний жировых подвеской ободочной кишки приходится на заворот подвеска сигмовидной кишки. На втором и третьем местах стоят – некроз подвесков сигмовидной и слепой кишки.

Тұжырым
Майдың іркілуі

Тоқ ішектегі майдың іркілуіндегі жиілігінің өсу қарқыны байқалады. Сигмалы тоқ ішектің негізгі бөлігінің іркіліп бұралып кетуінің болуы. Бүйен ішекпен сигмалы тоқ ішектің некрозы – екінші және үшінші орында тұр.

Summary
Dispose epiploica torsion

There is an increasing tendency of dispose epiploica torsion. The main share is concerns sigmoid intestine. On the second and the third places there are necrosis of sigmoid and cecum epiploica.

Заболевания жировых подвесков ободочной кишки (заворот, воспаление, некроз) встречаются редко и составляют 0,09-0,3% острых заболеваний органов брюшной полости [1-4, 15, 18, 19]. В структуре экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости удельный вес заболеваний сальниковых отростков достигает 0,21%, а среди острых хирургических заболеваний толстой кишки возрастает до 1,19% [1, 2, 19]. Анализ проявлений заболевания сальниковых отростков показал, что заворот жирового подвеска остается наиболее частой формой развития болезни. Некроз жировых подвесков является результатом заворота сальниковых отростков и их воспаления. Первичное воспаление жировых подвесков описано как казуистика. По данным различных статистик, заворот сальниковых отростков был обнаружен у 31,4% больных, тромбоз сосудов и инфаркт - у 15,6%, гангрена жирового подвеска - у 19,7%, острое воспаление и нагноение жировых подвесков - у 18,6% оперированных [1, 4, 7, 9, 10, 18, 19]. Летальность при заболеваниях сальниковых отростков достигала 1,6% [1-4, 6, 10, 13, 16-19].

Рассматривая перекут сальникового отростка как наиболее частую форму патологических изменений при данном заболевании, важно отметить, что это заболевание обусловлено комплексом взаимосвязанных факторов, среди которых общему ожирению и строению сальникового отростка отводится значительная роль [1, 3, 4, 7, 15, 17-19]. Подвижность как жировых подвесков, так и некоторых отделов толстой кишки, склонность к спастическому и атоническому состоянию, образование липом на верхушке сальникового отростка способствуют его завороту. Редко завороту предшествует воспаление [4-7, 9-11, 16, 17, 19].

По сведениям разных авторов [1-4, 15, 16, 18, 19], число пораженных сальниковых отростков колеблется от 1 до 12. При завороте жировых подвесков происходят сдавление и тромбоз основных его сосудов, ведущие к ишемии и некрозу сальникового отростка и стенки ободочной кишки. В доступной литературе имеются сообщения об отрыве подвеска с развитием внутрибрюшного кровотечения из его основания, формировании инфильтрата, стенозировании просвета кишки, некрозе и перфорации ее стенки [14-19]. Среди причин развития заболевания жировых подвесков толстой кишки отмечают избыточную массу тела, пожилой возраст, ожирение. В развитии заворота сальниковых отростков имеют значение подвижность подвесков, их размеры и форма, наличие узкого и длинного основания, бурная перистальтика, наличие долихосигмы, аномалии развития ободочной кишки, спаечный процесс в брюшной полости, резкое повышение внутрибрюшного давления,

нарушение пассажа по кишечнику, эндокринные нарушения [1-3, 8, 9, 11, 13, 15, 18, 19]. Редкость заболевания, отсутствие ярких клинических проявлений болезни часто ведут к диагностическим ошибкам [1, 6, 8, 9, 12, 15, 17-19]. Значительные трудности возникают при дифференциальной диагностике заболевания жировых подвесков ободочной кишки и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, особенно ободочной кишки.

Цели и задачи исследования:

- Определить частоту встречаемости у мужчин и женщин;
- Выделить основные возрастные группы;
- Выявить различные формы заболеваний жировых подвесков и выявить их процентное соотношение.

Исследования проводились на базе КГКП «Больница скорой медицинской помощи» г. Павлодара. Были проанализированы медицинские карты стационарных больных, с заболеваниями подвесков ободочной кишки, в период с 2008 г. по первый квартал 2011 г. (рис. 1).

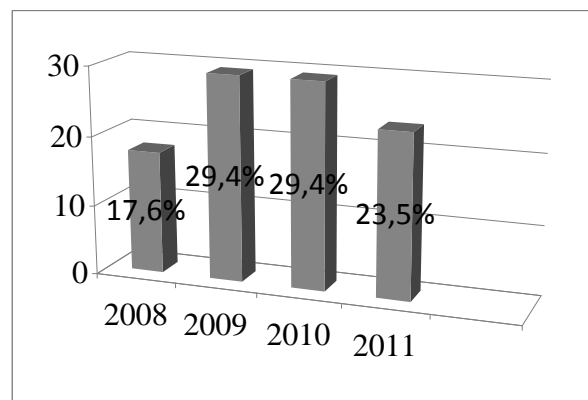


Рис. 1. Частота встречаемости с 2008 по первый квартал 2011гг.

Было пролечено 17 человек. Из них женщины - 4 (23,5%) и мужчины - 13 (76,4%). В возрасте от 25 до 74 лет. Средний возраст составил 39 лет. В 2008г. - 3 человека (17,6%); в 2009г. - 5 (29,4%); в 2010г. - 5 (29,4%); а на первый квартал 2011г. составил - 4 (23,5%); При этом мы не нашли ни одного летального случая. Некроз жирового подвеска сигмовидной кишки встречался у 5 (29,4%) больных, слепой у 3 (17,6%) больных. Заворот жирового подвеска, располагавшегося немного выше червеобразного отростка, отмечался у 1 (5,8%) больного. Заворот жирового подвеска сигмовидной кишки встретился у 8 (47,0%) оперированных.

При этом мы не наблюдали вариантов множественного некроза или заворота подвесков.

Таким образом, путем нашего анализа за период с 2008 г. по первый квартал 2011 г. отмечается тенденция к росту частоты встречаемости заболеваний жировых подвесков ободочной кишки. Если в 2009-2010 гг. этот показатель особо не отличался, то только за первый квартал 2011г. нами было прооперированно 4 (23,5%) больных. Средний возраст составил 39 лет, в основном мужчины (76,4%). Летальных случаев нами не обнаружено. Основная доля всех заболеваний жировых подвесков ободочной кишки приходится на заворот подвеска сигмовидной кишки. На втором и третьем местах стоят – некроз подвесков сигмовидной и слепой кишки. И очень редко встречаются завороты жирового подвеска слепой кишки. Примечателен тот факт, что некроз жирового подвеска слепой кишки встречался чаще у лиц пожилого возраста, в равном соотношении мужчин и женщин. При этом мы не наблюдали вариантов множественного некроза или заворота подвесков. Своим исследованием, мы хотели обратить ваше внимание на то, что заболевания жировых подвесков ободочной кишки остаются одной из актуальных тем в экстренной хирургии. Как правило, urgentные хирурги выставляют диагноз клинически. Но не надо забывать о современных методах диагностики, особенно это относится к лапароскопии. В большинстве случаев удается правильно поставить диагноз, безусловно, за исключением редких патологий.

Литература:

1. Абдулжатов И.М. Заболевания сальниковых отростков толстой кишки. Клинический журнал 1989; 2: 46-50.
2. Абдулжатов И.М. Заболевания сальникового отростка аппендицита. Клинический журнал 1990; 4: 73-74.
3. Абдулжатов И.М. Симптоматика заболеваний жировых подвесков толстой кишки. Хирургия 1992; 2: 76-83.
4. Белых И.С., Малинецкий Т.Г. Патология жировых подвесков толстой кишки. Вестник хирургии 1984; 10: 79-80.
5. Буянов В.М., Перминова Г.И. Лапароскопия в диагностике и лечении острых заболеваний жирового подвеска. Хирургия 1987; 7: 102-105.
6. Добик П.И. К патологии, диагностике и лечению жировых привесков толстой кишки. Вопросы гнойной хирургии. Кишинев 1976; 97-100.
7. Забарский Д.Т., Смолкин Э.А., Лившиц Ю.Г. Заворот сальниковых отростков толстой кишки. Клинический журнал 1984; 3: 59-60.
8. Ильченко В.Я., Рябухин К.М., Руденко Р.М. О диагностике заворота жировых придатков толстой кишки. Вестник хирургии 1972; 12: 101-102.
9. Коритэ В.Р. Заболевания жировых подвесков. Хирургия 1984; 12: 26-28.
10. Левковец Е.Н. О патологии жировых подвесков толстой кишки. Труды Ленинградского института усовершенствования врачей. Л 1970; 93: 59-65.
11. Орнатский В.В. Завороты аппендикса ерипоикае. Диагностика «острого живота». Л 1952; 419-422.
12. Орнатский В.В. Заворот жировых подвесков червеобразного отростка. Хирургия 1957.
13. Метревели В.В., Гонджилшвили Г.В., Казанцев Е.М., Чиквадзе Т.Ф. Хирургия 1989; 4: 99-101.
14. Подоненко-Богданова А.П., Ярополов В.И. Ошибки и опасности, связанные с патологией жировых придатков толстой кишки. Вестник хирургии 1972; 12: 103-104.
15. Рехачев В.П., Дуберман Л.Б., Ярыгин В.А. Диагностика и лечение перекута жировых подвесков толстой кишки. Хирургия 1989; 8: 88-90.
16. Спыну А.В., Кабак А.И., Чумак И.В. Клинические «маски» эмплоитов и тактика лечения. Вестник хирургии 1992; 3: 357-359.
17. Тимирбулатов В.М., Уразбахтин И.М., Хасанов А.Г., Нагаев Н.Р. Диагностика перекута сальниковых отростков толстой кишки. Клинический журнал 1993; 3: 69-70.
18. Уразбахтин И.М. Диагностика и лечение заворота сальниковых отростков толстой кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург 1993.
19. Швецов С.К., Большаков И.А. Заворот жировых подвесков ободочной кишки. Хирургия 1992; 2: 76-80.

УДК 618.11-006.6-085.227.3

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ЯИЧНИКА

А. А. Кухарева

Восточно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье проведен анализ методов химиотерапии рака яичника на современном этапе с использованием наиболее эффективных комбинаций цитостатиков. Рак яичников представляет особую форму злокачественных опухолей, так как более чем у 70 % больных к моменту диагностики опухоли развивается асцит.

Түжырым

Аналық бездің шаяны қазіргі терапиясы

Мақалада өте тиімді цитостатиков комбинациялардан қолдануымен қазіргі кезеңде яичника шаян химиотерапиялары әдістердің талдауы өткізілген. Көп не ісікке диагностикаға сәтке 70 % ауруы шөмен дамғандықтан, аналық бездердің шаяны қатерлі ісіктердің ерекше форманы ұсынып жатыр.

Summary

Modern therapy of ovarian cancer

The article analyzes methods of cancer chemotherapy of ovarian cancer at present using the most effective combinations of cytotoxic drugs. Ovarian cancer is a particular form of cancer, since more than 70% of patients at the time of diagnosis of tumors developed ascites.

Рак яичников представляет особую форму злокачественных опухолей, так как более чем у 70 % больных к моменту диагностики опухоли развивается асцит. Данная клиническая ситуация обусловлена тем, что диссемина-

ция происходит в результате эксфолиации опухолевых клеток с поверхности пораженного опухолью яичника с током внутрибрюшной жидкости по всей брюшной полости и таким образом, поражает париетальную и висцер-

ральную брюшину, сальник, диафрагму и капсулу печени. Кроме того, при распространенном раке яичников довольно часто имеет место поражение забрюшинного лимфатического коллектора. У больных с канцероматозно-измененной брюшиной развивается асцит, а в дальнейшем присоединяется и плеврит. Гематогенное метастазирование наблюдается редко, не более чем у 3% больных с поражением печени, костей, головного мозга [1].

Все перечисленное требует неординарного подхода к выработке плана лечения с учетом всевозможных факторов, влияющих на прогноз жизни больных. В связи с этим, основным и ведущим методом лечения больных раком яичников является химиотерапия [2]. Сегодня, большинство исследователей клиницистов считают, что химиотерапию можно не назначать только при IA стадии, высокой степени дифференцировки опухоли и настойчивом желании больной сохранить фертильность. Однако, число подобных больных слишком мало, чтобы повлиять на общую тенденцию назначения химиотерапии при раке яичников, так как более 95 % пациенток должны получать лекарственное противоопухолевое лечение [2,3,4].

Внедрение в клиническую практику новых весьма активных противоопухолевых препаратов, в том числе и при новообразованиях яичников, позволило добиться значительного непосредственного эффекта у 80 %, при этом полная ремиссия отмечалась у 50 % пациенток. Следует признать, что, несмотря на наличие активных цитостатиков и различных схем полихимиотерапии у значительного числа женщин, в различные сроки отмечается рецидив болезни. Более того, в 15-20 % случаев рака яичников имеет место первичная лекарственная резистентность, в этих случаях не удается достичь лечебного эффекта при использовании схем первой линии химиотерапии. Кроме того, все пациентки, у которых развивается рецидив болезни, становятся резистентными к стандартной химиотерапии [4]. Прогрессирование болезни может наступить в ранние сроки, менее 6 месяцев, так называемый «ранний рецидив», в период 6-12 месяцев и в более поздние сроки после окончания химиотерапии. Подобная клиническая ситуация позволила исследователям выделить рак яичников резистентный, умеренно чувствительный и высокочувствительный к современным противоопухолевым препаратам.

До последнего времени наиболее активной схемой химиотерапии рака яичников считалась комбинация цисплатина (карбоплатина) и циклофосфана. С внедрением в клиническую практику таксанов, в частности, таксола и таксотера, которые оказались весьма активными при раке яичников, было проведено большое количество рандомизированных исследований по изучению эффективности таксола и препаратов платины (цисплатин, карбоплатин). В исследовании GOG 111 было показано преимущество схемы таксол и цисплатин перед цисплатином и циклофосфаном по всем показателям. Общая эффективность составила 73% и 60%, полные ремиссии наблюдались в 51% и 31%, медиана безрецидивной выживаемости 18 мес и 13 мес; медиана выживаемости 38 мес и 24 мес, соответственно. Учитывая нефротоксичность, ототоксичность и нейротоксичность цисплатина, в последующем были проведены исследования по изучению эффективности комбинации таксола и карбоплатина. В результате этих исследований была продемонстрирована равная лечебная эффективность, но значительно меньшая токсичность данной комбинации [5]. После многочисленных клинических исследований ведущими специалистами было признано, что «золотым стандартом» лечения рака яичников является схема таксол 175 мг/м² в виде 3-часовой инфузии и карбоплатин AUC 5-7,5 каж-

дые 3 недели, всего 6 курсов химиотерапии. При этом режиме введения препаратов основным токсическим эффектом является нейротоксичность, что касается угнетения кроветворения (в частности, лейкопоза), то нейтропения III-IV степени встречается редко.

В два рандомизированных исследования (GOG158 и AGO) было включено 392 и 399 больных, которым проводилась химиотерапия таксомом 175 –185 мг/м² в виде 3-часовой инфузии и карбоплатином. Нейротоксичность II-III степени имела место у 21% и 6,6% больных, соответственно. Таким образом, у большинства больных имеет место нейротоксичность II степени, требующая коррекции дозы таксола и не приводящая к отмене лечения [5].

Другим препаратом из группы таксанов является доцетаксел, также весьма активный препарат при лечении рака яичников, но отличающийся спектром токсичности. В этом аспекте заслуживает внимания проведенное исследование группы SCOTROC по сравнению эффективности и токсичности двух схем и режимов применения таксола с карбоплатином и таксотера с карбоплатином при раке яичников Ic-IV стадий. В исследование было включено 1077 пациентов, из них 538 получали таксол и карбоплатин и 539 – таксотер и карбоплатин. Общая лечебная эффективность составила 62% и 65%, соответственно. При оценке токсичности были отмечены значительные различия в двух группах. В группе больных, получавших таксотер с карбоплатином, основным лимитирующим фактором являлась миелосупрессия. Нейтропения IV степени с лихорадкой встречалась у 10%, в то время как при использовании таксола – только у 2% пациентов. Назначение колониестимулирующих факторов и антибиотиков в 2-3 раза чаще имело место у больных, получавших таксотер. Нейропатия зарегистрирована в обеих группах. Так, нарушение чувствительности 3 степени отмечено в 8% и 2% случаев, соответственно. Нарушение двигательной моторики 3 степени имело место в 3% случаев при назначении таксола и в 1% случаев при использовании таксотера.

Таким образом, показано, что таксотер в комбинации с карбоплатином в качестве терапии первой линии при раке яичников обладает одинаковой с таксомом непосредственной активностью, но токсическое воздействие на кроветворение значительно более выражено, чем у таксола, что требует использования гематопротекторов, антибиотиков и других симптоматических средств. Необходимо дальнейшая разработка новых подходов с использованием биотерапии, вакцин, препаратов, влияющих на различные этапы молекулярной трансформации нормальных клеток в опухолевые, фотодинамической терапии.

Литература:

1. Урманчеева А.Ф., Кутушева Г.Ф. Диагностика и лечение опухолей яичника: пособие для врачей. – СПб, 2001, - 48 с.
2. Новикова Е.Г., Корнеева И.А. Неoadьювантная химиотерапия при злокачественных опухолях яичников: «за» и «против». Современная онкология, 2003, 5, 1, 11-17.
3. Борисов В.И. Современные достижения и некоторые спорные вопросы химиотерапии рака яичников. Русский медицинский журнал. 2001, 22, 1022-24.
4. Ozols R. Future Directions in the treatment of ovarian Cancer. Seminars in Oncology, 2002, 29, 1, Suppl. 1, 32-42.
5. Bookman M. Developmental Chemotherapy in advanced ovarian cancer: Incorporation of Never Cytotoxic Agents in Phase III. Randomised Trial of the Genecologic Oncology Group (GOG-0182) Seminars in Oncology, 2002, 29, 1, Suppl. 1, 20-31.

УДК 616.718.4+616.71-001.5-089

ВНУТРИКОСТНЫЙ БЛОКИРУЮЩИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА БЕДРА

М. А. Жанаспаев

*Кафедра травматологии и профилактической медицины,
Государственный медицинский университет города Семей*

Summary

Interlocking nailing in the treatment of shaft femoral fractures

Device for interlocking nailing of tubular bone have been designed. It was used in the treatment of 34 patients with shaft femoral fractures. On the base of investigation it was determined that parameters of function of extremity restored before required optimum after 4 months from injury. Excellent and good results were achieved in 76% of patients. All mentioned witnesses about high clinical efficacy of designed device.

Тұжырым

Орган жілік диафизінің сынықтарын емдеудегі сүйекшілік құлыптама остеосинтезі

Түтікше сүйектердің остеосинтезіне арналған сүйек эшәләк құлыптамалы құрылғы шығарылды. Ол орган жіліктің диафизі сынған 34 науқасқа қолданылды. Зерттеудің нәтижесінде аяқтың қимыл-қозғалыстары жарақаттан кейін 4 айдың ішінде қалпына келетіндігі көрсетілді. Науқастардың 76% жақсы нәтиже берілді. Жоғарыда аталғандардың барлығы шығарылған құрылғының өте жоғары клиникалық әсерлілігін түсіндіреді.

Введение. Переломы диафиза бедра, составляя 5,2% от числа выписанных за год больных травматологического отделения БСМП г. Семипалатинска, относятся к числу наиболее тяжелых травм опорно-двигательного аппарата. Несмотря на достижения современной травматологии, лечение диафизарных переломов бедра не всегда приводит к благоприятным результатам. Укорочение более 10 мм. отмечается у 5% больных, сращение с наружной либо внутренней ротацией – у 10-15%, несросшиеся переломы – у 3,4%, остеомиелит – у 1,14% (1). Неблагоприятный функциональный результат наблюдается у 4 - 20% пациентов (2). С целью улучшения результатов лечения таких переломов нами было разработано устройство для внутрикостного блокирующего остеосинтеза перелома трубчатой кости.

Материал и методы исследования. Разработанное устройство применено при лечении 24 больных с закрытыми переломами диафиза бедра. Ввиду отсутствия рентген-аппарата с электронно-оптическим преобразователем использовалась открытая методика

остеосинтеза. К 7 дню больные обучались ходьбе при помощи костылей с дозированной нагрузкой на ногу, и к моменту выписки большинство из них свободно перемещались по отделению. Оценка восстановления функции конечности проведена нами определением опороспособности конечности напольными весами в % от массы тела, силы мышц разгибателей и сгибателей голени и стопы в % от соответствующего показателя неповрежденной конечности, амплитуды движения в коленном суставе. Исследование указанных параметров проводилось ежемесячно и в отдаленном периоде. Кроме того изучены частота осложнений, сроки нетрудоспособности и исходы лечения.

Результаты и их обсуждение. Переломы бедра у наших больных локализовались в в/з у 38,2%, в с/з - у 26,5% и в н/з - у 35,3%. Оскольчатый перелом был в 50,1% случаев (В1 – 20,6%, В2 – 20,6%, В3 – 8,9%), косой - в 8,9%, поперечный в 32,3% и двойной – 5,8% (С2 – 2,9%, С3 – 2,9%). Политравма отмечена у 47,1% пациентов. Динамика восстановления функции конечности представлена в таблице.

Таблица. Параметры восстановления функции нижней конечности

Параметры в %	Выписка	2 мес.	3 мес.	4 мес.	Отдален.
Опороспособность	48,7±13,6	84,4±18,1	88,3±13,4	98,4±1,9	Полная
Сгибатели голени	32,7±8,9	48,5±7,9	54,2±11,5	68,6±8,9	86±12,6
Разгибатели голени	31,2±8,8	51,0±15,9	54,2±15,7	71,6±16,2	84,7±14,4
Сгибатели стопы	33,5±9,1	68,3±18,5	72,6±5,6	75,8±17,6	91,5±9,6
Разгибатели стопы	43,2±4,7	63,3±7,5	73,4±8,9	87,1±6,0	93,4±8,9
Амплит. движ. в колен. суст. в гр.	73,8±15,2	100,9±18,1	111,4±25,4	121,0±20,6	134,6±10,7

Как видно из таблицы опороспособность конечности к моменту выписки составляет около 50 %. К 2 месяцам этот показатель в среднем превышает 80%, достигая 98,4% к 4 мес. Соответственно этому срок использования 2 костылей при ходьбе был 67,2±27,3 дня, одного костыля либо трости – 26,5±20,9 дня. Сила мышц составляет 30-43% к моменту выписки и восстанавливается лишь на 68-87% к 4 мес., когда большая часть пациентов возвращается к выполнению прежних функциональных обязанностей. В отдаленном периоде полное восстановление силы мышц отмечено далеко не у всех пациентов, что выражается в средних параметрах 84 -

93%. Амплитуда движения в коленном суставе составляла 73,8° к моменту выписки и к 4 мес. восстанавливалась полностью почти у половины пациентов. В отдаленном периоде и средний показатель приближается к нормальному. Средний срок временной нетрудоспособности составил 158,7±43,5 дней, инвалидность 2 группы до года констатирована у 2 пациентов (5,8%).

Осложнения в процессе лечения отмечены у 16 больных (47%). Поломка штифта с необходимостью реостеосинтеза через 3 мес. с момента травмы и замедленной консолидацией у 1 пациента (2,9%), остеомиелит – у 1 (2,9%), сращение с укорочением либо де-

виацией – у 2 (5,9%), контрактура коленного сустава – у 6 (17,6%), замедленная консолидация (восстановление трудоспособности в срок, превышающий 150 дней) – у 9 (26,5%).

Исходы изучены у 25 больных (73,5%). Оценка исхода проводилась согласно критериев Karlstrom G., Olerud S. (3), но при этом мы еще учитывали срок восстановления трудоспособности. А именно до 150 дней исход считался отличным, от 150 до 210 дней – хорошим, от 210 до 270 – удовлетворительным и свыше этого срока – неудовлетворительным. Отличным исход лечения квалифицирован у 40% пациентов, хорошим –

у 36%, удовлетворительным – у 16% в основном из-за замедленной консолидации перелома и контрактуры коленного сустава. Неудовлетворительным исход расценен у 2 больных (8%). В первом случае отмечена поломка штифта с необходимостью реостеосинтеза, во втором – послеоперационный остеомиелит бедра, купированный после удаления конструкции.

Клинический пример: Больная А. 37 лет в бытовой ссоре получила закрытый оскольчатый (32В1.1) перелом правого бедра (рис. 1). На 10 сутки после госпитализации произведен внутрикостный блокирующий остеосинтез правого бедра (рис. 2).



Рисунок 1.



Рисунок 2.

При осмотре через 4 месяца с момента травмы – сращение перелома бедра, полное восстановление функции конечности

Заключение. Таким образом, разработанное устройство для внутрикостного блокирующего остеосинтеза, обеспечивая большую стабильность фиксации при меньшей травматичности операции, позволяет проводить раннее восстановительное лечение, обеспечивающее полное восстановление опороспособности и амплитуды движения в коленном суставе, а также силы мышц до 80% в сроки 3-4 месяца с момента травмы. Это касается и переломов (прежде всего в нижней трети), при которых обеспечение стабильной фиксации при стандартной методике внутрикостного остеосинтеза является сложной, порой трудноразрешимой задачей. Всё это позволило достичь отличных и хороших исходов лечения у 76% пациентов. Одно из проблем внутрикостного блокирующего остеосинтеза является риск

поломки штифта по отверстиям для блокирования, решением которой мы считаем использование штифтов не менее 10 мм. в диаметре из сплавов титана (у нашего пациента сломался штифт из нержавеющей стали, менее устойчивой к нагрузкам на изгиб).

Литература:

1. Stephen D.J. et al. Femoral intramedullary nailing: comparison of fracture – table and manual traction //J. Bone & Joint Surg., American Volume.-Sept. 2002.- Vol. 84.- Issue 9.-P. 1514-1521
2. Черныш В.Ю. Закрытые диафизарные переломы бедренной кости: функциональные результаты и осложнения при различных методах лечения //Травма.-2000.-Т.1.-№2.-С.166-171
3. Hee H.T. et al. Predictors of outcome of floating knee injuries in adults //Acta Orthop. Scand.-2001.-Vol.72(4).-P.385-394

УДК: 617.582-001.5-036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА ПО г.СЕМЕЙ

М. А. Жанаспаев

Кафедра травматологии и профилактической медицины,
Государственный медицинский университет города Семей**Summary****Epidemiology of femoral shaft fracture in Semei**

At the article the analysis of epidemiological situation about femoral shaft fractures during last 5 years is reported. The frequency, causes, seasonal prevalence, characteristic of fractures and patient's contingent, also methods of treatment are revealed in detail.

Тұжырым**Ортан жіліктің диафизарлық сынықтары арасында Семей қаласы бойынша эпидемиологиялық зерттеу**

Бұл жұмыста ортан жіліктің диафиз сынықтарының соңғы 5 жылдағы эпидемиологиялық жағдайы көрсетілген. Көрсетілген жарақаттың жиілігі, жыл мерзімдігі, сынықтардың және науқастардың контингентінің сипаты, емдеу әдістері толық көрсетілген.

В современной литературе опубликовано достаточное количество данных о результатах лечения переломов диафиза бедра (ПДБ) различными видами остеосинтеза, однако имеется существенный пробел в информации об эпидемиологии указанного повреждения.

Цель и методы исследования: Выявить эпидемиологию поврежденных диафиза бедра путем ретро-

спективного изучения медицинских записей травматологического отделения БСМП.

Результаты: Частота перелома диафиза бедра за исследуемый период составил 11,3 на 100.000 населения в год, что выше аналогичного показателя S.Salminen (г. Хельсинки, Финляндия, 1985-1994) – 9,9 [1]. Локализация и характеристика переломов указана в таблице 1.

Таблица 1. - Частота и характеристика переломов диафиза бедра.

Параметр	2004 г.	2005г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	средняя
Проксимальный отдел	56%	59%	61,5%	60,2%	59,8%	59,3%
Диафиз	30%	32%	26,4%	29,3%	32,6%	30%
Дистальный отдел	14%	9%	12,1%	10,5%	7,6%	10,7%
В/З	22,3%	14%	19,2%	22%	23,3%	20,2%
С/З	68,7%	46%	34,6%	47%	50%	49,3%
Н/З	9%	40%	46,2%	31%	26,7%	30,5%
Закрытый	82,3%	93%	98%	83%	89,7%	89%
Открытый	18,7%	7%	2%	17%	10,3%	11%
A1	9,3%	22%	16,7%	6%	10,3%	12,9%
A2	12,5%	20%	16,7%	14%	6,8%	14%
A3	18,7%	2%	8,3%	8%	13,7%	10,1%
B	46,8%	56%	50%	72%	65,5%	60,7%
C	0%	0%	8,3%	0%	3,4%	2,3%

Как видно из таблицы, переломы проксимального отдела бедра составили в среднем 59,3%, диафиза – 30% (26,4-32,6%), дистального конца – 10,7%. В течение пяти лет данные показатели стабильны (вариация в пределах 3-4%). Основной локализацией в диафизе является средняя треть (49,5%), далее нижняя и верхняя трети. Зарытый переломы составили 89%, открытые 11%. По характеру линии перелома стабильно высока доля оскольчатых переломов (группа В по классификации АО) – 67,7%.

Частота возникновения перелома диафиза бедра среди мужчин и женщин представлена на рис. 1.

Анализируя полученные данные, основной контингент пациентов составляют мужчины 58,8%, причем из них 63% находятся в возрастной группе 20-45 лет, 28% более 45 лет и 9% - до 20 лет, что говорит об экономической ущербности исследуемого повреждения. Женщины составили 41,2% больных. По возрастным группам они распределились следующим образом: 8% - до 20 лет, 29% - от 20 до 45 лет, 63% - более 45 лет.

Исследование показало, что основной причиной указанного повреждения является ДТП и бытовая травма (рис.2). Отрадно отметить динамическое снижение уровня ДТП с 59,3% до 41,3% (в среднем 42,3%), однако остается стабильно высоким показатель бытовой травмы (32,2%). Производственная травма была причиной ПДБ в 4,7% и уличная травма – 20,8% случаев.

Ежегодно в единственное травматологическое отделение города поступают в среднем 35 больных с ПДБ. Нами не отмечено какой-либо сезонности в повреждении исследуемого сегмента (в среднем 7-10% в месяц – рис.3).

Переломы диафиза бедра как изолированное повреждение встречается в 56,5% случаев, в структуре политравмы – в 43,5%. Интересен тот факт, что до 2006 года отмечается рост изолированной травмы от 48% до максимума в 2006 г. 70,8% случаев. В 2007 – 2008гг. установлен рост числа больных с диафизарными переломами бедра, отягощенными политравмой с 29,2% до 55,2%, что особенно настораживает на фоне снижения ДТП как причины повреждения. В структуре политравмы

преобладает сочетанная травма (88,1%) с повреждением ЦНС, в виде ЗЧМТ – 81%. Комбинированная и множественная травма составили 2,4% и 9,5% соответственно.

Установлены следующие варианты повреждения диафиза бедра (рис.4): 83,3% перелом одного бедра,

4,7% - перелом бедра и голени на одной конечности, 4,2% - диагональные повреждения бедра и голени, 3,2% - повреждение двух бедер, 3,9% - повреждение обеих бедер и голени, 0,7% - перелом четырех сегментов нижних конечностей.

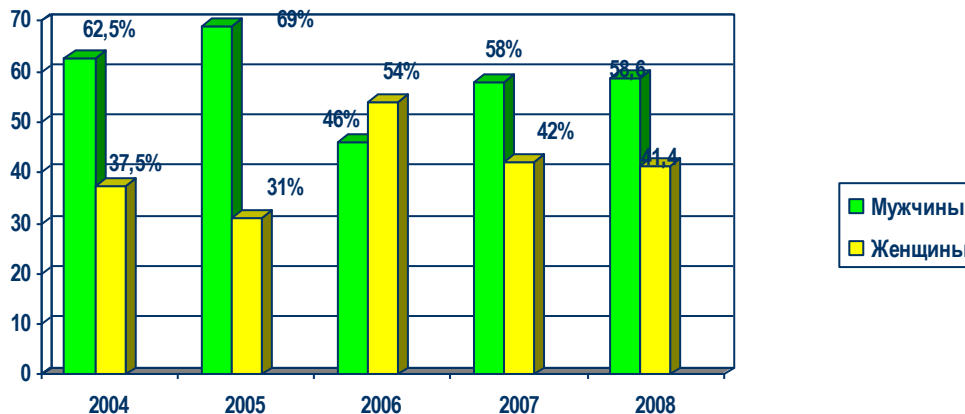


Рис.1. Распределение больных с ПДБ по половому признаку.

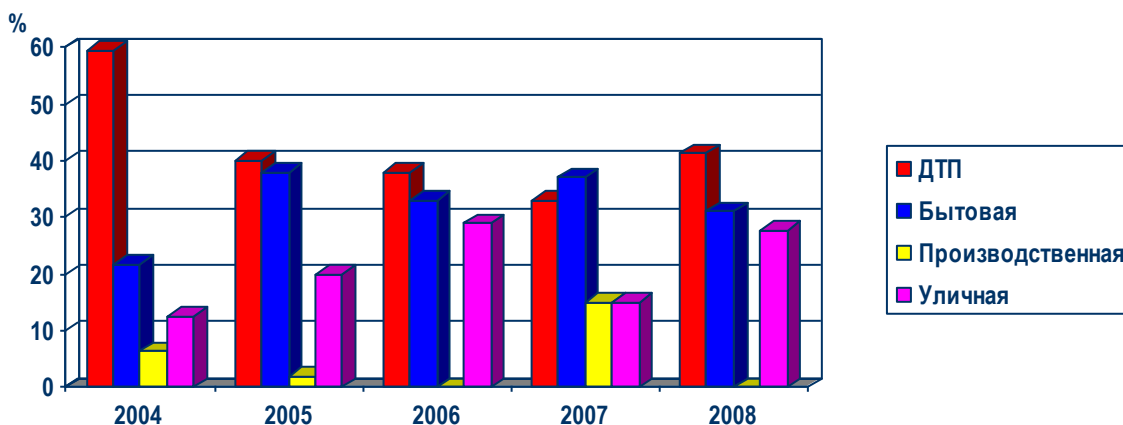


Рис.2. Этиологическая характеристика переломов диафиза бедра.

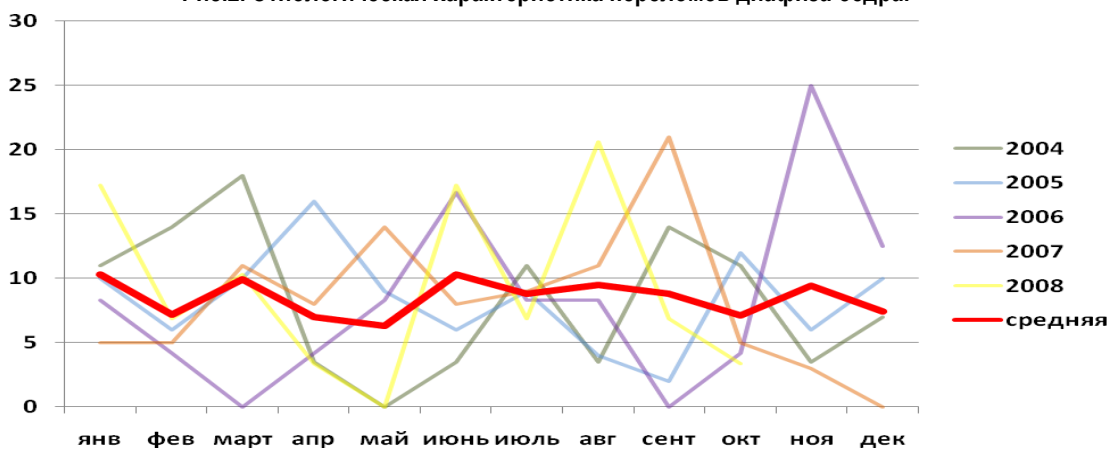


Рис.3. Сезонность ПДБ в течение года.

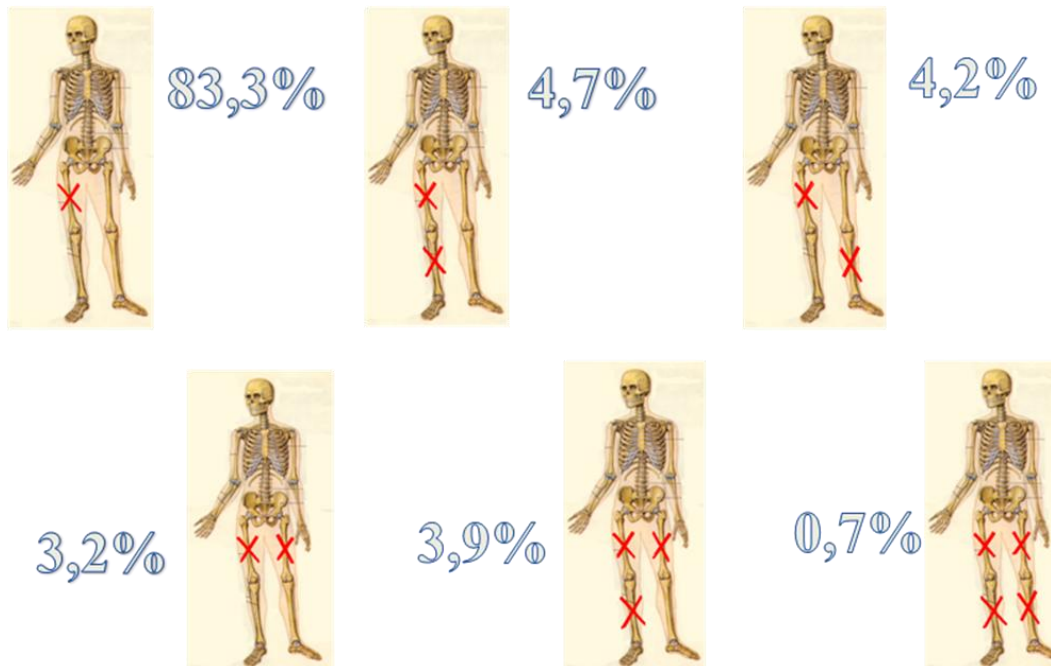


Рис.4. Варианты повреждения диафиза бедра.

Основной метод лечения – оперативный (86,3% случаев), с явным преобладанием интрамедуллярного остеосинтеза цельнометаллическим штифтом – 70,3 %, чрескостный остеосинтез - 14%, внутрикостный блокирующий остеосинтез - 8,3 %. Консервативно пролечено – 13,7 %.

Выводы: Эпидемиологическое исследование показало тенденцию снижения частоты переломов диафиза бедра в результате ДТП, однако настораживает факт увеличения встречаемости ПДБ в структуре политравмы и частоты полисегментарного повреждения костей нижних конечностей с наличием травматического шока. Основным контингентом больных являются мужчины,

причем среди них возраст 20-45 лет встречается в 63% случаев. Таким образом, перелом диафиза бедра является всесезонным, высокоэнергичным, тяжелым, экономически затратным повреждением преимущественно мужчин трудоспособного возраста, для профилактики которого необходимо безотлагательное принятие комплекса мер.

Литература:

1. Salminen S. Epidemiology and morphology of femoral shaft fractures in adults // Meeting abstracts Deutschen Gesellschaft fur Orthopdie und Orthopedische Chirurgie. - Berlin, 2003. -(e). -2 p.

УДК 616.717.4-001-089

СОПОСТАВИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ДИНАМИЧЕСКОЙ ПЛАСТИНОЙ И ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ПАРАФРАКТУРНОГО БЛОКИРОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧА

**Г. А. Жанаспаева
НИИТО г. Астана**

Резюме

Проведено сравнительное исследование эффективности лечения переломов диафиза плеча при остеосинтезе пластиной ДСР (28 больных, контрольная группа) и парафрактурно блокируемым штифтом 33 больных (группа исследования). При парафрактурном блокируемом остеосинтезе частота хороших исходов была выше на 17,3%, удовлетворительных и неудовлетворительных меньше на 5,7% и 11,3% соответственно. Частота осложнений снижена в 4,7 раза, длительность лечения сокращена на 4 недели. Парафрактурно блокируемый остеосинтез, как показали результаты исследования, должен стать методом выбора при несросшихся переломах, ложных суставах, сочетанном повреждении лучевого нерва.

Түйіндеме

Иық-жауырын диафизі сынықтарын интрамедуллярлы парафрактуралы блокаудың және остеосинтезді динамикалық пластинамен кликалық зерттеудің қорытындыларының салыстырмалы бағасы

Иық-жауырын диафизі сынықтарын остеосинтез кезінде, ДСР пластинасымен 28 науқас (салыстырмалы тобы), және парафрактурлы блокталған штифпен 33 науқасты (зерттеу тобы), емдеудің тиімділігін салыстырмалы

рандомизированды зерттеуі өтілді. Парафактурлы блокталған остеосинтезде жақсы бітудің жиілігі 17,3%, орташа және қанағаттанарлықсыз 5,7% және 11,3% төмен. Асқыну жиілігі 4,7 рет төмендеген, емделу ұзақтығы 4 аптаға қысқарған. Зерттеу қорытындылары көрсеткендей, парафактурлы блокталған остеосинтез бітпеген сынықтарда, жалған буындарда, тіркескен сәуле тәрізді жүйке зақымында таңдау әдісі болуы мүмкін.

Summary

Comparative evaluation of clinical studies of dynamic plate osteosynthesis and parafracture intramedullary locking at shoulder diaphysis fracture

A comparative study of the effectiveness of treatment of at the shoulder diaphysis fractures with DCP plate osteosynthesis (28 patients, group comparison) and with the parafracture blocking pin (33 patients, study group). Good outcomes frequency with parafracture blocking fixation was higher by 17.3%, satisfactory and unsatisfactory lower by 5.7% and 11.3% respectively. The complication rate are decreased to 4.7 times, the duration of treatment was reduced by 4 weeks. Parafractures blocking osteosynthesis should be a method of choice for non-united fractures, false joints and combined injuries of the radial nerve.

Частота повреждений диафиза плеча составляет 8% до 14% в структуре всех переломов [1,2,3,4,5 и др.]. При консервативном лечении, которому отдавалось предпочтение в 80-90х годах XX столетия [6,7,8,9 и др.] частота неполной репозиции, ограничение подвижности в плечевом суставе, несращение при нестабильных переломах отмечалась почти у 50% больных. [10,11,12 и др.]

Среди оперативных методов лечения перелома диафиза плеча чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации подкупает кажущейся простотой, малой травматичностью и функциональностью [13,14,15,16 и др.]. Метод обеспечивает закрытую репозицию перелома и дозированной корригируемую компрессию. В течении всего периода консолидации, не препятствует вмешательствам на мягких тканях и непосредственно на отломках в зоне повреждения при открытых переломах, раневом остеомиелите. Однако, громоздкость и не эстетичность конструкции, прошивание сухожильно-мышечного аппарата чрескостными элементами (спицами, стержнями), что способствует, при продолжительной фиксации, формированию трансфиксационных рубцов и контрактур и необходимость тщательного и постоянного ухода за кожей в зоне прохождения спиц и стержней, что при нарушении асептики, осложняется воспалительным процессом в мягких тканях, ограничивает применение данной конструкции. [17,18,19,20,21 и др.]

Погружной, накостный остеосинтез пластинами ДСР перелома диафиза плеча в последнее десятилетие XX века занимал первое место по частоте применения [22,23,24 и др.]. Имплантация пластины требует рассечения мягких тканей на большом протяжении в зоне перелома. Под пластиной развивается остеопороз диафиза различной степени тяжести, имеется риск инфекционных осложнений, поломки пластин [17,25,26,27,28 и др.]. Данные недостатки ДСР послужили предпосылкой вытеснения их пластинами LCP, которые можно установить закрыто из минимального доступа вне зоны перелома. Метод позволяет производить мостовидный остеосинтез многооскольчатых и сегментарных переломов костей блокирующими и винтами с угловой стабильностью [29,30,31 и др.]. Однако использование закрытой технологии остеосинтеза перелома диафиза плеча нецелесообразно из-за высокого риска травмирования лучевого нерва.

Закрытая минимально инвазивная технология остеосинтеза перелома диафиза плеча БИОС стала «золотым стандартом» лечения в странах дальнего и ближнего зарубежья [32,33,34,35,36 и др.], а так же у нас, в Республике Казахстан [37,38,39 и др.]. Широкомасштабное использование блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза в странах дальнего зарубежья показало, что метод по результатам лечения превосхо-

дит остеосинтез пластинами ДСР. Но, полностью избежать осложнений не удастся, хотя их частота меньше, чем при использовании ДСР пластин и чрескостного остеосинтеза. Отмечаются случаи несращения перелома, деформации стержня, инфекционные осложнения [40,41,42 и др.]

Таким образом, внедрение современных инновационных технологий остеосинтеза перелома плеча в диафизарном отделе не полностью обезопасило лечение. Особые трудности имплантации возникают при высокоэнергетических, многооскольчатых, сегментарных переломах, при повреждении лучевого нерва, остеопорозе, несращенном переломе и ложном суставе. Возникает необходимость в открытой остеосинтезе, иной технологии блокирования и восстановительного лечения в послеоперационном периоде.

Цель исследования: улучшение результатов лечения осложненных переломов диафиза плечевой кости.

Материалы и методы исследования

Клиническая сопоставительная оценка основана на сравнении результатов лечения 61 больных. Из них 28 пациентам произведен остеосинтез ДСР пластиной (контрольная группа) с гипсовой иммобилизацией в течение 4 недель. В послеоперационном периоде больные получали традиционное восстановительное лечение, включающее физиотерапию и кинезитерапию. Кинезитерапия в период заживления послеоперационной раны мягких тканей оперированной конечности и гипсовой иммобилизации в течение 4 недель после операции. состояла из общеукрепляющей дыхательной гимнастики, упражнений в суставах нижних и неповрежденной верхней конечностях, изометрическом напряжении мышц поврежденного плеча и надплечья. С целью уменьшения боли и отека, купирования воспаления в данный период применялась магнитотерапия. После снятия гипсовой повязки физиотерапия и кинезитерапия плечевого и локтевого суставов проводилась в два этапа. Целью первого этапа было восстановление объема движений в суставах. Для этого применялись упражнения - растяжки для капсулы плечевого сустава и мышц верхней конечности (маятник, отведение, сгибание, наружная и внутренняя ротация, подъем при помощи здоровой руки, висы на двери, перекладине, хождение по стене, задняя растяжка) и миорасслабляющие методы физиотерапии (подводный душ-массаж верхней конечности). На втором этапе применялись упражнения для восстановления силы мышц верхней конечности (отведение, сгибание, наружная и внутренняя ротация с сопротивлением при помощи резинового ремня, отталкивание от стены, отжимание от пола, пожатие и отжимание плеч, укрепление дельтовидной мышцы, занятия с отягощением) и миостимулирующие методы лечения (электростимуляция русскими токами).

Исследуемую группу больных составили 33 пациента, которым был произведен интрамедуллярный парафрактурно блокируемый остеосинтез предложенным устройством (инновационный патент РК №22003, опублик. 15.12.09 бюл.№13). Восстановительное лечение в послеоперационном периоде включало кроме традиционной кинезотерапии постоянные пассивные движения (СРМ) в плечевом и локтевом суставах на аппарате «Артромот» со 2-го дня после операции в период за-

живления послеоперационной раны. После снятия швов с кожной раны пациента получали вышеприведенную двухэтапную кинезотерапию.

Распределение больных по половому признаку следующее: мужчин было в исследуемой группе 14, в сравняемой - 12, женщин соответственно 19 и 16. Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных с переломом диафиза плеча по возрасту

Возраст	Клин. группа больных			
	Исследуемая		контрольная	
	абс. числа	%	абс. числа	%
19-30	7	21,2	12	42,9
31-40	7	21,2	8	28,6
41-50	10	30,4	4	14,3
51-60	7	21,2	3	10,7
Старше 60 лет	2	6	1	3,5
Всего	33	100	28	100

Таблица показывает, что переломы диафиза плеча в общих клинических группах больных преимущественно отмечались до 50 лет. Частота их в исследуемой группе составила 72,8%, в контрольная – 85,8%. В исследуемой группе было больше почти в 2 раза пациентов старше 50 лет (27,2%), чем в контрольной группе

(14,2%). Из чего следует, что по возрастному составу исследуемая группа была менее благоприятная для восстановительного лечения в связи со снижением с возрастом восстановительного потенциала. Распределение больных клинических групп по типу переломов по классификации АО-ASJF представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение больных по типу переломов.

Тип перелома	Группа больных				
	Исследуемая		Сравнения		
	абс. числа	%	абс. числа	%	
A	1	2	-	2	
	2	5	-	5	
	3	3	-	1	
	Всего	10	30,3	8	
B	1	1	-	3	
	2	4	-	5	
	3	5	-	5	
	Всего	10	30,3	13	
C	1	1	-	1	
	2	-	-	-	
	3	4	-	3	
	Всего	5	15,1	4	
Несросш. переломы	После консерв.	2	-	1	
	Операт. лечения	6	-	2	
	Всего	8	24,3	3	
Итого		33	100	28	100

Из таблицы видно, что в исследуемой группе больных почти в 2,5 раза было больше больных с несросшимися переломами и ложными суставами (24,3%), чем в контрольной группе (10,7%). Удельный вес больных с простыми переломами (типа А) и сложными (типа С) в обеих группах одинаковый. Частота больных с переломами типа В в контрольной группе (46,5%) была в 1,5 раза больше, чем в исследуемой группе (30,3%). Сопоставление обеих клинических групп больных по тяжести переломов показывает, что исследуемая группа была более отягощенной из-за более высокого удельного веса несросшихся переломов и ложных суставов, трудность реабилитации которых общеизвестна.

Результаты и их обсуждение

Мониторинг в процессе лечения больных проведен в исследуемой группе в течение 1-2 лет – 5 пациентов, с 2 до 3 лет – 28. В контрольной группе от 1 до 2 лет – у

6 больных, от 2 до 3 лет – у 11, от 3 до 4 лет – у 11. Восстановление подвижности плечевого и локтевого сустава у больных исследуемой группы происходило в разные сроки. Полная амплитуда подвижности локтевого сустава восстановилась в сроки от 6 до 8 недель после операции. Сила мышц плеча и плечевого пояса достигала уровня здоровой конечности в сроки от 9 до 12 месяцев после операции. В контрольной группе в начале использования пластин ДСР дополнительная иммобилизация не производилась. Подвижность в локтевом и плечевом суставах восстанавливалась в выше приведенные сроки. Однако у 6 пациентов возникли проблемы с репаративной регенерацией из-за поломки пластин, миграции винтов. Это заставило прибегнуть к дополнительной внешней иммобилизации гипсовой повязкой в течении 4-х недель до формирования полноценного мягкотканого регенерата, что задержало лечение, направленное на восстановление подвижности

суставов. Использование гипсовой повязки негативно сказалось на восстановлении подвижности плечевого сустава. Стойкое ограничение подвижности на 70° возникло у 3 пациентов, на 50° – у 1, на 40° – у 4. Следует отметить, что ограничение подвижности в указанных

пределах существенно не ограничивали трудоспособность наших больных.

Осложнения, развившиеся в процессе лечения больных обеих клинических групп приведены в таблице 3.

Таблица 3. Частота осложнений развившихся в процессе лечения больных.

Группа больных	Число б-х групп	Частота осложнений		χ^2	p
		Абс. P1	% P2		
Исследуемая	33	2	6	4,078	0,043
Сравнение	28	8	28,5		

Как показывает таблица, парафрактурно блокируемый остеосинтез является менее опасным методом лечения, чем остеосинтез пластиной ДСР. Частота осложнений в исследуемой группе (6%) меньше чем в группе сравнения (28,5%) в 4,7 раза ($P < 0,05$). Не достигнута консолидация перелома в исследуемой группе у 1 больного с ложным суставом, сочетавшегося с полным повреждением лучевого нерва. У пациента отсутствуют болевые ощущения, подвижность в месте перелома. Фиксатор выполняет функцию эндопротеза. Пациент от предлагаемого оперативного лечения воздерживается. У второго больного с ложным суставом из исследуемой группы имеется ограничение подвижности на 40°, которое у него было на 70° до интрамедуллярно блокируемого остеосинтеза. Перелом сросся, бывшее ограничение подвижности полностью устранить не удалось. В группе сравнения консолидацию достичь не удалось у 4 пациентов, из них у 1 был многооскольчатый перелом с повреждением лучевого нерва, у 3 – несросшийся перелом после консервативного лечения. Из нашего материала видно, что остеосинтез пластиной

ДСР при несросшихся переломах не является адекватным методом остеосинтеза. Из-за дополнительной гипсовой иммобилизации в течении 4-х недель после остеосинтеза пластиной ДСР у 4 больных развилось стойкое ограничение подвижности плечевого сустава, в том числе у 3 больных на 70°, у 1 – на 50°.

Меньшая частота осложнений после интрамедуллярного парафрактурно блокируемого остеосинтеза при несросшихся переломах (у 1 из 8 больных) свидетельствует, о том, что БИОС с парафрактурным блокированием может стать методом выбора при лечении данной тяжелой патологии. Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез создает оптимальные условия для репаративной регенерации и полноценного восстановления функции верхней конечности и плечевого пояса, чем остеосинтез пластинами ДСР. Из 25 больных со свежими переломами после БИОС у всех наступила консолидация перелома, а из 25 больных после остеосинтеза ДСР не сросся перелом у 1 (4%) больного.

Сроки нетрудоспособности, стационарного и амбулаторного лечения отражены в таблице 4.

Таблица 4. Сроки лечения и нетрудоспособности больных с переломом диафиза плеча.

Вид лечения	Группа больных		t	p
	Исслед. M1	Сравнит. M2		
Стационарное	14,5 ± 2,4	18 ± 4,8	-3,68	0,001
Амбулаторное	90,7 ± 15,5	113,3 ± 15,4	-5,69	0,001
Общая длительность	104,8 ± 14,4	131,8 ± 18,5	-6,40	0,001

Время пребывания больных с переломом диафиза плеча, при оперативном лечении в стационаре при блокирующем интрамедуллярном остеосинтезе (14,5±2,4 дня) было меньше, чем при остеосинтезе пластиной ДСР (18±4,8 дня). Длительность амбулаторного лечения при БИОС сократилась приблизительно на 2 недели, а общий срок лечения почти на 4 недели, чем при

имплантации ДСР. Из чего следует, что интрамедуллярный парафрактурно блокируемый остеосинтез, оптимизируя консолидацию перелома, восстановления функции верхней конечности обеспечивает существенный экономический эффект, сокращая продолжительность лечения в среднем на 4 недели. Распределение больных по исходам лечения отражено в таблице 5.

Таблица 5. Исходы лечения больных после парафрактурно блокируемого остеосинтеза ДСР переломов диафиза плеча (на 100 б-х).

Исходы лечения	Клин. группы больных		p
	Исследуемая	сравниваемая	
<u>Хороший</u> Число б-х Частота (%)	28 84,8	19 67,8	0,205
<u>Удовлетворительный</u> Число б-х Частота (%)	4 12,2	5 17,9	0,769
<u>Неудовлетворительный</u> Число б-х Частота (%)	1 3	4 14,3	0,259

В исследуемой группе больных частота хороших исходов лечения (84,8%) была больше, чем в контрольной (67,8%) на 17%. Частота хороших исходов после остеосинтеза ДСР была меньше, чем после парафрактурно блокируемого остеосинтеза, по нашему мнению, из-за большей частоты неполного восстановления подвижно-

сти плечевого сустава. Пациентам после БИОС на 2-й день после операции включали ППД на аппарате «арт-ромот». Если бы подключали ППД после имплантации ДСР, восстановление подвижности плечевого сустава было бы гораздо оптимальнее. В связи с этим, нетяжелые контрактуры с ограничением подвижности на 30°-

70° привели к удовлетворительным исходам лечения, частота которых в группе сравнения (17,9%) была больше, чем в исследуемой (12,2%) на 5,7%. Следует, однако, отметить, что после интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза ограничение подвижности плечевого сустава отмечалась у больных с несросшимися переломами, у которых была стойкая контрактура до операции. После БИОС полностью их не удалось устранить у 5 больных из 8 прооперированных. У больных оперированных со свежими простыми и сложными переломами подвижность плечевого сустава восстановилась полностью.

Неудовлетворительный исход лечения после интрамедуллярного парафрактурного блокируемого остеосинтеза признан у 1 (3%) больного прооперированного по поводу ложного сустава. Консолидация достигнута, трудоспособность восстановлена, качество жизни пациента не снижено. Имплантат выполняет роль эндопротеза. В связи с тем, что срок наблюдения не превышает 2 лет, сочли целесообразным исход лечения оценить неудовлетворительным. Исход лечения после остеосинтеза пластиной ДСР признан у 4 (14,3%) больных. Различия в сравниваемых группах на 11,3%. Из них у 3-х пациентов был несросшийся перелом, у 1 – многооскольчатый сочетающийся с повреждением лучевого нерва. В нашем материале ни у одного больного с несросшимся переломом после имплантации ДСР не

удалось достигнуть консолидации. В тоже время после интрамедуллярного парафрактурно блокируемого остеосинтеза консолидация достигнута у 7 больных из 8 прооперированных. В связи с этим, нам представляется уместным считать интрамедуллярно блокируемый остеосинтез методом выбора при угнетенной репаративной регенерации, повреждении лучевого нерва, отсроченном остеосинтезе открытых переломов.

Заключение.

Сопоставительная клиническая оценка результатов лечения больных с переломом диафиза плеча пластиной ДСР и парафрактурного блокируемого интрамедуллярного штифта показала, что остеосинтез предложенным устройством менее опасное средство лечения. Частота осложнений отмечена в 4,7 раза меньше, чем при остеосинтезе пластиной ДСР. Частота хороших исходов лечения была больше на 17%, удовлетворительных исходов меньше на 5,7%, неудовлетворительных – на 11,3%, чем при остеосинтезе пластиной ДСР. Сроки стационарного лечения в исследуемой группе больных были меньше на 5-6 дней, амбулаторного – на 3 недели. Общий срок лечения сокращен на 4 недели. Таким образом, парафрактурно блокируемый интрамедуллярный остеосинтез может стать методом выбора при осложненных переломах диафиза плеча, а именно при несросшемся переломе, сочетанном переломе с повреждением лучевого нерва.

УДК: 616-001+614.2

БЫТОВАЯ ТРАВМА, КАК ФАКТОР ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

¹ А. О. Мысаев, ² Д. О. Абакашов, ³ А. А. Крейк

*Кафедра травматологии и профилактической медицины
Государственного медицинского университета города Семей,*

²КГКП «Поликлиника №2» г. Усть-Каменогорск,

³АО «Семипалатинский протезно-ортопедический центр», г. Семей

Резюме

Представлен анализ бытового травматизма по Семейскому региону за 2009-2010 годы. Установлено, что в среднем в травматологический стационар ежемесячно поступает 124 человека, из них 49,1% (n=50) после бытовой травмы. «Пик» бытового травматизма приходится на сентябрь и октябрь. В динамике лет имеется увеличение на 3,4 % количество поступления после указанного вида травм.

Тұжырым

Тұрмыстық жарақат жарақат емдеу ауруханасына жатқызу факторы ретінде

Семей аймағы бойынша 2009-2010 жылдардағы тұрмыстық жарақаттың анализі көрсетілген. Ай сайын жарақат емдеу ауруханасына орта есеппен 124 адам түсетіндігі анықталды, олардың ішінде 49,1% (n=50) тұрмыстық жарақат алғандар. Тұрмыстық жарақаттың ең жоғарғы «Шыңы» қыркүйек пен қазан айларында кездеседі. Осы уақыт аралығында көрсетілген жарақат түрінен кейін ауруханаға түсетіндер саны 3,4 % өскені анықталды.

Summary

Household injury as a factor of hospitalisation in trauma hospital

An analysis of household accidents in Semey region for 2009-2010 years is present. It is established that the average number of patients admitted to the Hospital is 124 person per month, 49,1% (n = 50) of them after household injury. "Peak" of that injury is in September and October. There is increasing of in-patient rate for 3.4% after injuries of this type.

Введение. Особенности современного бытового травматизма обусловлены интенсивным проникновением научно-технического прогресса в быт человека. Во многих странах мира существует обширное законодательство, направленное на обеспечение безопасности населения во время работы, в пути следования на работу и обратно, в местах отдыха. В то же время жилище по традиции остается крепостью недоступной действию законов, так же наказания за небрежность и безопас-

ность отсутствуют [1]. Бытовой травматизм занимает первое место по причине госпитализации в травматологический стационар г.Семей среди взрослого населения и в 1987 году составил 33,8% [2]. В России в 2010 году данный показатель составил 69,9% [3]. В доступной нам литературе свежие данные по травматизму в г.Семей найти не удалось, свидетельствуя, что дальнейшее исследование бытового травматизма в городе не проводилось.

Цель: изучение временной и количественной характеристики бытового травматизма, как наиболее многочисленного вида травм, по г.Семей за 2009-2010 гг.

Материал и методы исследования: для изучения поставленной цели, нами проведена выкопировка данных на специально разработанные карты из историй болезни больных выписанных из травматологического отделения Больницы скорой медицинской помощи г. Семей за 2009 и 2010 годы по следующим параметрам: общее количество госпитализированных больных, количество среди них плановых и urgentных больных, среди urgentных больных выделены больные, которые поступили после получения травм в быту. Далее полученные данные были введены в программу Microsoft Excel для анализа по месяцу поступления для выявления сезонности. Также был проведен сравнительный анализ 2009 и 2010 года для изучения динамики бытового травматизма. Затем наши результаты сравнены с литературными данными.

Травматологическое отделение Больницы скорой медицинской помощи единственное в городе Семей отделение, оказывающее специализированную травматологическую помощь взрослому населению города и его окрестных районов. Поэтому по его данным можно судить о травматизме не только в городе Семей, но и в Семейском регионе.

Результаты: всего за 2009 год в отделение поступило 1361 человек, из них 1116 urgentных и 245 плановых больных, что составило 82% и 18% соответственно. Среди urgentных поступивших больные с бытовой травмой составили 569 человек (51%). Или в перерасчете на 100 тыс. населения составило 197,2 госпитализаций в год.

В среднем в месяц в отделение поступило 113 человек, из них 47 человек после бытовой травмы. Распределение поступления больных в течение 2009 года представлено в таблице 1.

Таблица 1. - Распределение поступления больных в течение 2009 г.

Месяц 2009 года	Общее количество поступивших больных	Плановые больные		Urgentные больные		Бытовая травма	
		Абс.	% от всех плановых	Абс.	% от всех urgentных	Абс.	% от всех бытовых
Январь	62	11	4,5	51	4,57	25	4,4
февраль	114	19	7,8	95	8,51	39	6,9
Март	117	28	11,4	89	7,97	35	6,2
Апрель	112	22	9	90	8,06	38	6,7
Май	100	25	10,2	75	6,72	46	8,1
Июнь	108	17	6,9	91	8,15	54	9,5
Июль	114	13	5,3	101	9,07	51	9
Август	125	14	5,7	111	9,95	65	11,4
Сентябрь	143	39	15,9	104	9,32	66	11,6
Октябрь	118	19	7,8	99	8,87	62	10,9
Ноябрь	117	24	9,8	93	8,33	54	9,5
Декабрь	131	14	5,7	117	10,48	34	6
Всего	1361	245	100	1116	100	569	100

В 2010 году в отделение поступило 1613 человек, из них 1339 urgentных и 274 плановых больных, что составило 83% и 17% соответственно. Из urgentных 637 человек госпитализированы после получения травмы в быту (или 47,6%), что соответствовало 193,6 госпитализаций на 100 тыс. населения в год.

В 2010 году 134 человека госпитализировались ежемесячно, из них 53 человека после бытовой травмы.

Распределение поступления больных в течение 2010 года представлено в таблице 2.

Таблица 2: Распределение поступления больных в течение 2010 г.

Месяц 2010 года	Общее количество поступивших больных	Плановые больные		Urgentные больные		Бытовая травма	
		Абс.	% от всех плановых	Абс.	% от всех urgentных	Абс.	% от всех бытовых
Январь	106	8	2,9	98	7,32	21	3,3
февраль	118	6	2,2	112	8,36	68	10,7
Март	105	16	5,8	89	6,65	44	6,9
Апрель	113	23	8,4	90	6,72	41	6,4
Май	105	23	8,4	82	6,12	49	7,7
Июнь	126	23	8,4	103	7,69	60	9,4
Июль	128	16	5,8	112	8,36	54	8,5
Август	122	16	5,8	106	7,92	60	9,4
Сентябрь	129	11	4	118	8,81	66	10,4
Октябрь	170	54	19,7	116	8,66	67	10,5
Ноябрь	189	54	19,7	135	10,08	60	9,4
Декабрь	202	24	8,8	178	13,29	47	7,4
Всего	1613	274	100	1339	100	637	100

Как видно из двух таблиц «пик» бытового травматизма приходится на сентябрь и октябрь, где показатели превышают 10% от всех поступлений в год. Интересен тот факт, что наименьшее количество больных с

бытовой травмой поступило в декабре и январе, в месяцы, которые изобилуют праздничными днями.

В динамике лет увеличилось общее количество госпитализаций в травматологический стационар, в основ-

ном за счет urgentных больных. Бытовые травмы, как причины госпитализации, в структуре всего травматизма занимают 49,1% в среднем за 2 года. Отмечается их рост, который составил 3,4% при ежемесячном поступлении 50 пострадавших. Средний показатель бытового травматизма составляет 195,4 на 100 тыс. населения.

Выводы: 1. Бытовые травмы занимают первое место среди причин госпитализации в травматологический стационар и составляют в среднем 49,1%.

2. Травмоопасными являются сентябрь и октябрь.

3. Имеется динамика роста бытового травматизма на 3,4%.

Литература:

1. Беккет Е.М. Бытовые травмы. - М.: Медицина, 1966. - 163 с.

2. Жанаспаев, А.М. Травматологическая помощь городскому населению / А.М.Жанаспаев, С.Б.Смаков, М.Т.Аубакиров, М.А.Жанаспаев - Семипалатинск-Павлодар, 1997.-308с.

3. Андреева Т.М. Травматизм в Российской Федерации на основе данных статистики / Электронный научный журнал "Социальные аспекты здоровья населения" - 2010 - № 4(16) - режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/234/30/lang/en/> свободный.

УДК 617.583-069.873

ФАНТОМНЫЕ БОЛИ У БОЛЬНЫХ, С АМПУТАЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЫШЕ КОЛЕНА

М. А. Аполоненко, И. А. Шмидт, К. В. Рудовский, С. А. Масгапов, Д. В. Писарев

Кафедра специальных дисциплин Павлодарского филиала Государственного медицинского университета города Семей, КГКП «Больница скорой медицинской помощи» г. Павлодара

Резюме

В своем исследовании мы установили, что из 262 больных, с ампутациями нижних конечностей выше колена, фантомные боли в раннем и позднем послеоперационном периоде встречались в 19% случаев.

Тўжырым

Тизеден жоғары аяқ ампутациясы бар науқастардағы орантамды аурулар

Өз зерттеулерімізде біз тизеден жоғары аяқ ампутациясы бар 262 науқаста ерте және кеш операциядан кейінгі кезеңде фантомдық аурулар 19% жағдайда кездесетінін анықтадық.

Summary

Phantom-limb pains in patients with amputated lower extremity over the knee

In our investigation we have established that in 262 patients with amputated lower extremity above the knee, phantom-limb pains in early or later postoperative period have appeared in 19%.

Фантомные боли в конечностях - один из наиболее серьезных болевых синдромов. Впервые они были описаны в 1552 году Амбрузом Паре, но до сих пор механизмы, лежащие в их основе, не вполне изучены, а перспективы их быстрого устранения весьма печальны. Процент ампутантов, страдающих фантомными болями удивительно высок. Одно из наиболее подробных исследований в этой области (Jensen et al., 1983, 1985) показало, что у 72% ампутантов фантомные боли возникли уже в первые 8 дней после операции, через 6 месяцев они отмечались у 65%, двумя годами позже - у 60%. По данным Krebs et al., 60% ампутантов продолжают жаловаться на боли в фантомной конечности и через 7 лет. Эти данные подтверждаются и другими исследователями (60%: Carlin et al., 1978, 78%: Sherman et al., 1984). Однако с течением времени болевые атаки становятся реже. По материалам серьезного исследования среди ветеранов войны в США, у 85% опрошенных фантомные боли и боли в культе достигают такой силы, что нарушается работоспособность и социальный статус пациента (Sherman et al., 1984).

Безболезненный фантом.

Многие пациенты продолжают ощущать фантомную конечность сразу после ампутации руки или ноги (Simmel, 1956). Фантомная конечность обычно описывается имеющей такую же форму и характеристики, что и настоящая конечность до ампутации. Возникает ощущение, что фантомная конечность занимает такое же положение в пространстве, какое занимала бы реаль-

ная, когда пациент идет, садится, ложиться в постель. Вначале она ощущается нормальной по размеру и форме, ампутант пытается взять предмет отсутствующей рукой, встает с постели на отсутствующую ногу. Со временем, однако, фантомная конечность меняет форму, может занимать неестественное, вычурное положение в пространстве, становится менее отчетливой, а может и полностью исчезнуть.

Болезненный фантом.

Различие между безболезненным и болезненным фантомом не велико. Некоторые ампутанты имеют очень слабые боли или ощущают их достаточно редко. Другие страдают от болей периодически, от нескольких атак в день до 1 - 2 раз в неделю. Остальные подвержены постоянным болям, варьирующим по интенсивности и качеству. По характеру описываемые боли можно разделить на 3 группы: с преобладанием "каузалгической" (жгучей, палящей), с преобладанием "невралгической" боли (подобной удару электрического тока) и с болью типа "крампи" (сводящей, стискивающей). Они могут начаться непосредственно после ампутации, а иногда возникают недели, месяцы и даже годы спустя. Боль может ощущаться в определенной части фантомной конечности (Lingston, 1943). Так, например, больные жалуются, что фантомная кисть сжимается в кулак, пальцы сведены, впадают в ладонь, от чего кисть устает и болит.

Виды ампутационных болей:

1) типичные фантомные боли (иллюзорные);

2) собственно ампутационные боли, локализующиеся в основном у корня культи и сопровождающиеся сосудистыми и трофическими расстройствами в культе. Они усиливаются при ярком свете и громком шуме, при изменении барометрического давления и под влиянием настроения;

3) боли в культе, характеризующиеся повышенной распространенной гиперестезией и упорным постоянством.

Мы проводили анализ медицинских карт стационарных больных с 2008 по 2010 гг. на базе КГКП «Больницы скорой медицинской помощи» и КГКП «Городской больницы №1» г. Павлодара, с целью выявления частоты встречаемости фантомных болей у больных с ампутациями нижних конечностей выше колена.

В период с 2008 по 2010гг было прооперированно 262 человека. Женщины - 116 (44,2%) и мужчины – 146 (55,7%). Средний возраст 43 года. Чаще всего ампутации выполнялись по поводу облитерирующего атеросклероза. На базе КГКП «БСМП» чаще всего ампутации выполняются по поводу сахарного диабета, у декомпенсированных больных с множественными осложнениями, включая «диабетическую стопу». В послеоперационном периоде безболезненные фантомные боли встречались у 46 (17,5%) больных, болезненные фантомные боли лишь у 4 (1,5%). Что в общей сложности составляет 19%. Соотношение мужчин и женщин 2:1. Средний возраст 46 лет. Безболезненные фантомы проявлялись в виде парестезий. Больные ощущали покалывание, жжение, ползание мурашек в ампутированной конечности. А болезненные фантомы проявлялись как боли в кончиках пальцев ампутированной конечности. Мы не проводили более глубокого анализа, а именно частоту встречаемости фантомных болей в более отдаленные периоды, так как хотели отразить именно ранний и поздний послеоперационный период.

Таким образом, в своем исследовании мы установили, что из 262 больных, с ампутациями нижних конечностей выше колена, фантомные боли в раннем и позднем послеоперационном периоде встречались в 19% случаев. Их появление мы связывает с техническими погрешностями во время операции, а именно неправильная обработка седалищного нерва. Данные боли чаще встречались у мужчин, средний возраст составляет 46 лет, чаще у больных с облитерирующим атеросклерозом. Чаще всего они проявлялись в виде покалывания, жжения, ползание мурашек в ампутированной конечности, или же в виде боли в кончиках пальцев ампутированной конечности.

В своей статье, мы хотели обратить внимание на то, что фантомные боли являются очень серьезной проблемой у ампутированных больных. Сам факт отсутствия конечности является серьезной социальной и психологической проблемой. А присоединение фантомных болей еще больше отягощает общее состояние. Поэтому в современной хирургии отводится большое значение профилактики этих болей.

Литература:

1. Волобуев Н.И., Волобуев А.И. Способ профилактики фантомного болевого синдрома при ампутации конечностей. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1991, т. 146, № 3.

2. Воробейчик Я.М. Изменения в рефлексорной сфере у больных с фантомно-болевым синдромом.

Тезисы докладов 2-й конференции Российской Ассоциации по Изучению Боли, 12-15 сентября 1995 г.

3. Майорчик В.Е., Архипова Н.А., Васин Н.Я., Гроховский Н.П.: Особенности таламо-кортикальных отношений при фантомном болевом синдроме (электрофизиологическое исследование во время стереотаксических операций). Ж. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, 1980, вып.6.

4. Нарышкин А.Г., Гурчин Ф.А., Самойлов К.А., Кирсанова Г.В., Василевская Л.С., Швец Я.М.: Патогенез фантомно-болевого синдрома и его лечение. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1989, №8.

5. Иргер И.М.: Нейрохирургия. М.: Медицина, 1982

6. Калужный М.В.: Физиологические механизмы регуляции болевой чувствительности. М.: Медицина, 1984.

7. Карташов О.Н., Назаров Е.А., Буриков А.О.: Лечение постампутационных болей методом электропунктуры. Ж. Ортопедия, травматология, протезирование, 1991, №2.

8. Кассиль Г.Н.: Наука о боли. М.: "Наука", 1975.

9. Крыжановский Г.Н., Графова В.Н.: Исследование болевого синдрома спинального происхождения (к концепции генераторного механизма болевого синдрома). Бюл. экспериментальной биологии, 1974, №7.

10. Кукушкин М.Л. Особенности пластических изменений в ЦНС после невротомии в зависимости от наличия или отсутствия нейрогенного болевого синдрома. Тезисы докладов 2-й конференции Российской Ассоциации по Изучению Боли, 12-15 сентября 1995 г.

11. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Арлозарова Н.М.: Предупреждающая аналгезия как основа профилактики послеоперационного болевого синдрома. Тезисы докладов 2-й конференции Российской Ассоциации по Изучению Боли, 12-15 сентября 1995 г.

12. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Сыровегин А.В., Иванов А.М.: Об этапности формирования фантомно-болевого синдрома. Там же.

13. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Сыровегин А.В., Кукушкин М.Л.: Особенности фармакотерапии различных форм течения фантомного болевого синдрома. Тезисы российской научно-практической конференции "Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами", 7-9 октября 1997г.

14. Судаков К.В., Юмашев Г.С.: Подавление болевых синдромов чрезкожной электростимуляцией нервных волокон. Ж. Неврологии и психиатрии, 1978, №12.

15. Сулим Н.И., Кремлев В.Н. Рефлекторная терапия больных с фантомными болевыми синдромами. Ж. Протезирование и протезостроение, 1990, вып. 88.

16. Ферранте М., Тимоти Р. ВейдБонкора: Послеоперационная боль. М.: Медицина, 1988.

17. Шевчук В.И., Кучеренко А.Е.: Опыт лечения ампутационных болей переменным магнитным полем. Ж. Советская медицина, 1977, №3.

18. Bach S., Noreng M.F., Tjelden N.U.: Phantom limb pain in amputees during the first 12 months following limb amputation, after preoperative lumbar epidural blockade. Pain 33:297, 1988.

19. Melzack R., Wall P.: The Challenge of pain. Penguin books.

20. Sherman R.A., Sherman C.J., Parker L.: Chronic phantom and stump pain among American veterans: results of survey. Pain 18:83, 1984.

УДК 616-001.17

ЛЕЧЕНИЕ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕПАРАТОМ ФЛОГЭНЗИМ

К. Р. Бедelmanов

*КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Усть-Каменогорск***Тұжырым****Күйік ауруды препарат флогэнзиммен емдеу**

Сонымен, күйік ауруда жара процессінің ағымында флогэнзим комплексті емдеуде физиологиялық механизмдерді қалпына келтіреді, оның тез және толық жазылуына әкеледі, жарада регенерация процесстерін белсендіреді, соның бәрі препарат флогэнзимді күйік ауруда емдеу комплексте қолдануға ұсынылады.

Summary**Treatment of burning diseases by flogenzym**

Thus, using of flogenzym at treatment of burning diseases gives restoration of physiologicak process of wound, fast and complete sanation of deer wound, activation of regeneration process, that allowed to give recommendation use flogenzym in treatment of burning process.

Ожоговая болезнь – комплекс патологических изменений, охватывающий все жизненно важные органы и системы. Одним из критериев оценки качества терапии является динамика состояния ожоговой раны: при глубоких ожогах - это готовность к аутогермопластике, а при поверхностных и пограничных IIIA степени - скорость и качество ее эпителизации. Ожоги закономерно вызывают возникновение комплекса патологических изменений внутренних органов, охватывающих практически все их жизненно важные системы. Патологический процесс, в котором ожоговая рана и обусловленные ею висцеральные патологические изменения находятся во взаимосвязи и взаимодействии, и представляет собой нозологическую форму, которую принято называть ожоговой болезнью. Ожоговая болезнь с характерной ее симптоматикой и осложнениями развивается в выраженной форме при поверхностных ожогах более 25-30 % площади тела или глубоких более 10%. Ее тяжесть, частота осложнений и исход в основном зависят от площади глубокого поражения. Существенную роль играет и характер раневого процесса. При влажном некрозе в ожоговой ране, когда нет четкого отграничения погибших и живых тканей и, значительная, их часть находится в состоянии некробиоза, резорбция токсических веществ особенно велика. В таких случаях раннее развитие нагноения в ране сопровождается выраженными общими явлениями даже при относительно ограниченных глубоких ожогах. При сухом коагуляционном некрозе тяжелое течение ожоговой болезни с развитием висцеральных осложнений характерно основным для пострадавших с глубокими ожогами, превышающими 15-20% поверхности тела. Прогресс в разработке более эффективных методов лечения тяжело обожженных, в настоящее время, немыслим без использования новых высокоэффективных полиэнзимных препаратов, под влиянием которых происходит минимизация неизбежной катаболической фазы воспаления и ускорение его регенеративной фазы. Наиболее перспективной в решении данной проблемы является системная энзимотерапия (СЭТ). Внедренная в клиническую практику за рубежом более 40 лет тому назад профессором М. Вольфом и доктором К. Рансбергером, она показала свою эффективность при лечении и профилактике многих заболеваний. Препараты СЭТ представляют собой стабильные смеси энзимов животного и растительного происхождения, класса кислот гидролаз, дополнительно содержащих рутин. Лечебная эффективность их основана на комплексном воздействии на ключевые процессы, происходящие в организме. Многочисленные клинические испытания показали, что пре-

параты СЭТ удовлетворяют всеобщему терапевтическому принципу надежность и высокая эффективность при общей хорошей переносимости, что и определяет широкий спектр их клинического использования.

Цель нашего исследования - изучение клинической эффективности препарата флогэнзим (MUCOS Pharma, Германия) на базе травматологического отделения Больницы скорой медицинской помощи г. Усть-Каменогорска в 2009 году в комплексном лечении ожоговой болезни и разработка принципов комплексной терапии больных с данной патологией. Препарат флогэнзим имеет в своем составе следующие ферменты: трипсин, бромелаин, а также рутин 100 мг. Он обладает противовоспалительным, противо-отечным, вторично анальгезирующим, фибринолитическим и иммуномодулирующим действием. Кроме того, в экспериментах было показано, что флогэнзим улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию. Указанные свойства позволяли надеяться на новое качество лечения больных с ожоговой болезнью.

Мы сравнили эффективность лечения ожоговой болезни в двух группах: первая - опытная группа из 10 больных, в возрасте от 16 до 65 лет, из них 6 мужчин и 4 женщин, получавших традиционную базисную терапию в сочетании с флогэнзимом, и вторая – контрольная, из 6 больных со сходными степенями, площадью термических поражений и тяжестью течения ожоговой болезни, достоверно не отличившихся по полу и возрасту и получавших аналогичное общее и местное лечение. Общая площадь ожоговой поверхности составила от 20 до 55%, а глубокие ожоги занимали от 20 до 35% поверхности тела.

Флогэнзим назначался в стадии ожоговой токсемии сразу же после выведения из состояния ожогового шока. Начальная доза составляла от 3 до 4 драже 3 раза в сутки, с постепенным снижением дозы до 2 драже 3 раза в сутки. Продолжительность применения препарата составила от 15 до 19 суток. Клинический и лабораторный мониторинг осуществляется на 3, 14 и 21 сутки от начала терапии флогэнзимом в сравнении с контрольной группой. В результате проводимой терапии отмечены следующие положительные эффекты:

- активация эпителизации поверхностных ожогов у 8 больных;
- уменьшение отека, купирование болевого синдрома, отсутствие высокой температурной реакции, нормализация аппетита и улучшение самочувствия у 10 пациентов с поверхностными и пограничными ожогами;
- ускоренное и почти одновременное освобождение от некроза всех ран при глубоких ожогах;

- снижение степени бактериального обсеменения ран, начиная с 14 суток (в контрольной группе в среднем с 21 суток).

При лечении 14 пациентов с обширными глубокими ожогами, не подвергая их опасности обострения и генерализации инфекционного процесса, в среднем на 15% снижена доза применяемых для химиотерапии препаратов. У трех обожженных с поверхностными и пограничными ожогами на общей площади более 35% поверхности тела удалось достигнуть полной эпителизации всей ожоговой поверхности в течение 24-26 дней. Несмотря на то, что имеются данные (Мазуров В.И. и др., 1996) об изменении показателей свертывающей системы крови при применении флогэнзима, у наших пациентов изменений протромбинового индекса, протромбинового индекса, протромбинового времени, времени свертывания и длительности кровотечения отмечено не было.

Все пациенты отмечали хорошую переносимость, и применение исследуемого препарата является более успешным при возможности обеспечения сбалансированного по составу и энергетической ценности питания.

Выводы. Таким образом, использование флогэнзима в комплексном лечении больных ожоговой болезнью, способствует восстановлению физиологических механизмов течения раневого процесса, обеспечивая более быструю и полную санацию всех ран при глубоких ожогах, активизацию процессов регенерации в ране, что позволяет рекомендовать включение системной энзимотерапии препаратом флогэнзим в комплекс лечебных мероприятий, проводимых больным ожоговой болезнью.

Литература:

1. Вихряева Б.С. и Бурмистрова В.М. Ожоги: Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1981г.-42 с.
2. Савельева В.С. Системная энзимотерапия в профилактике осложнений послеоперационного периода // Пособие для врачей (под ред. Акад. РАМН и РАН В.С. Савельева-м. 2002.- 16с.;
3. Воленко А.В. Профилактика послеоперационных осложнений ран// Хирургия.-1998.-№9.-С. 65-68;
4. Включение препарата «Вобэнзим» в комплексную терапию ожоговых больных пожилого возраста// С.П. Перетягин, А.Л. Борисович, А.А.// Республиканский ожоговый центр ННИИТО, Н. Новгород

УДК: 616-001+614.2

АНАЛИЗ ГОРОДСКОГО ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ СТАЦИОНАРНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО Г.СЕМЕЙ ЗА 2009-2010 ГГ.

¹ А. О. Мысаев, ² Д. О. Абакашов, ³ А. А. Крейк

*Кафедра травматологии и профилактической медицины,
Государственного медицинского университета города Семей,
²КГКП «Поликлиника №2» г. Усть-Каменогорск,*

³ АО «Семипалатинский протезно-ортопедический центр», г. Семей

Резюме

Представлен анализ городского травматизма по г.Семей за 2009-2010 годы. В среднем в травматологический стационар ежемесячно поступает 123 человека, из них 2/3 пострадавших получили травму в быту и на улице. Интенсивный показатель серьезных травм, требующих стационарного лечения, составил 390,7 на 100 тыс. человек.

Тұжырым

Семей қаласы бойынша стационардағы травматологиялық науқастардың арасындағы қалалық травматизм анализі

Семей қаласы бойынша 2009-2010 жылдардағы тұрмыстық жарақаттын анализі көрсетілген. Ай сайын жарақат емдеу ауруханасына орта есеппен 123 адам түсетіндігі анықталды, олардың ішінде науқастардың 2/3 бөлігі жарақатты тұрмыстық жағдайда және көшеде алғандар. Стационарда емделуді қажет ететін күрделі жарақаттардың саны 100 мың адамға шаққанда 390,7 адамға тең келді.

Summary

Analysis of urban injuries among the in-patient victims in Semey during 2009-2010 y.

An analysis of household accidents in Semey for 2009-2010 years is present. It is established that the average number of patients admitted to the Hospital is 123 patients per month, 2/3 of them after household and street injury. Seriously injury in-patients rate is 390.7 per 100.000 people.

Введение. По данным НИИ травматологии и ортопедии РК в структуре заболеваемости травмы занимают шестое место, по причинам временной нетрудоспособности – второе место, после заболеваний органов дыхания; по первичному выходу на инвалидность – третье и среди причин смертности – второе место после болезней системы кровообращения. В период с 2000 по 2004 годы интенсивный показатель травматизма вырос на 8,8% [1], а в 2007 году вырос еще на 3,5 по сравнению с 2006 годом [2]. Наиболее высокие показатели травматизма, как среди взрослых, так и среди детей зарегистрированы в Карагандинской, Восточно-

Казахстанской и Мангыстауской областях. Как показывает практика, 35-40 % пострадавших с травмами госпитализируются [3]. А так как этот является наиболее затратным с экономической точки зрения, важно значение приобретает рациональное использование специализированного коечного фонда [2]. Поэтому знание вида травмы и ее сезонность для травматологического стационара становится насущной необходимостью.

Цель: провести анализ сезонности поступления больных в травматологический стационар по г.Семей и их вид травмы за 2009-2010 гг.

Таблица 1. Количественные показатели травм среди госпитализированных больных по г. Семей в течение 2 лет (2009 и 2010 гг.)

	Всего	% каждого месяца от года		ДТП		Плановые больные		Бытовая		Уличная		Производственная		Спортивная		Прочие	
		абс	% ДТП от всех в месяц	абс	% плановых от всех в месяц	абс	% бытовых от всех в месяц	абс	% уличных от всех в месяц	абс	% произв от всех в месяц	абс	% спортивных от всех в месяц	абс	% прочих от всех в месяц		
Январь	168	16	6,3	19	3,7	46	3,8	69	8,9	5	3,8	4	9,8	9	18,4		
Февраль	232	13	5,1	25	4,8	107	8,9	73	9,4	7	5,3	6	14,6	1	2		
Март	222	6	2,4	44	8,5	79	6,6	79	10,2	9	6,9	5	12,2	0	0		
Апрель	225	22	8,6	45	8,7	79	6,6	56	7,2	9	6,9	12	29,3	2	4,1		
Май	205	18	7,1	48	9,2	95	7,9	32	4,1	6	4,6	4	9,8	2	4,1		
Июнь	234	20	7,8	40	7,7	114	9,5	47	6,1	7	5,3	2	4,9	4	8,2		
Июль	242	27	10,6	29	5,6	105	8,7	59	7,6	11	8,4	1	2,4	10	20,4		
Август	247	37	14,5	30	5,8	125	10,4	45	5,8	7	5,3	0	0	3	6,1		
Сентябрь	272	32	12,5	50	9,6	132	10,9	39	5	11	8,4	2	4,9	6	12,2		
Октябрь	288	16	6,3	73	14,1	129	10,7	42	5,4	25	19,1	1	2,4	2	4,1		
Ноябрь	306	22	8,6	78	15	114	9,5	72	9,3	16	12,2	1	2,4	3	6,1		
Декабрь	333	26	10,2	38	7,3	81	6,7	160	20,7	18	13,7	3	7,3	7	14,3		
Всего	2974	255	8,6	519	17,5	1206	40,6	773	26	131	4,4	41	1,4	49	1,6		

Материал и методы исследования: для изучения поставленной цели, нами проведена выкопировка данных на специально разработанные карты из историй болезни больных, выписанных из травматологического отделения Больницы скорой медицинской помощи г. Семей за 2009 и 2010 годы по следующим параметрам: общее количество госпитализированных больных, количество среди них плановых и urgentных больных, среди urgentных больных выделены больные с бытовым, уличным, производственным, спортивным видом травм. Больные с обострением хронического остеомиелита, огнестрельным ранением, посттравматическими синовитами и др. были включены в группу «Прочие» в связи с их малочисленностью. Далее полученные данные были введены в программу Microsoft Excel для анализа по месяцу поступления для выявления сезонности.

Травматологическое отделение Больницы скорой медицинской помощи единственное в городе Семей отделение, оказывающее специализированную травматологическую помощь взрослому населению города и его окрестных районов. Поэтому по его данным можно судить о травматизме не только в городе Семей, но и в Семейском регионе.

Результаты и обсуждение: всего за 2 года в травматологический стационар поступило 2974 больных, в среднем 124 человека в месяц. Интенсивный показатель серьезных травм, требующих стационарного лечения, составил 390,7 на 100 тыс. человек.

В таблице 1 указаны количественные показатели травм госпитализированных больных по г.Семей в течение 2 лет (2009 и 2010 гг.).

Как видно из таблицы 1, средний показатель поступления в отделение имеет тенденцию к росту во втором полугодии, достигая своего максимума в декабре.

Бытовые травмы занимают первое место и составляют 40,9% среди всех поступивших больных и 49,1% среди urgentных больных. Наиболее травмоопасными являются август (10,4%), сентябрь (10,9%), октябрь (10,7% от всех больных с бытовой травмой поступивших в исследуемый период). Наименее – январь (3,8%).

Второе место – уличные травмы 26% (n=773 за 2 года). Максимум пострадавших с уличными травмами поступает в марте (10,2%) и декабре (20,7% от всех уличных травм в год). Это, скорее всего, связано с большим количеством праздников и «красных» дат в календаре, что увеличивает количество выпитого алкоголя и всех последствий его потребления.

Третье место – больные, госпитализированные в плановом порядке – 17,5% от всех госпитализированных больных. Интересен тот факт, что увеличение ко-

личества последних отмечено в октябре (14,1%) и ноябре (15%) с одновременным увеличением поступления urgentных больных. Такая же ситуация, но с противоположным эффектом, найдена в январе и феврале.

Дорожно-транспортные травмы стали причиной госпитализации у 8,6% среди всех пострадавших. Анализируя сезонность поступления в результате ДТП, летне-осенние месяцы – июль, август и сентябрь – явные лидеры по поступлению от всех поступивших после ДТП и составившие 10,6%, 14,5% и 12,5% соответственно месяцам. Наименее травмоопасен март, всего 2,4%.

Производственные, спортивные и прочие травмы, в общем, составили 7,4%.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что для снижения общего травматизма в нашем регионе необходимо следующее:

1. Проведение санитарно-просветительской работы наиболее целесообразно усиливать в августе, сентябре и октябре для профилактики бытового травматизма.

2. Усиление работы Патрульно-постовой службы в марте и декабре для уменьшения уличного насилия и как следствие снижения уличного травматизма.

3. Усиление работы Дорожной полиции в летние месяцы и начало осени для уменьшения дорожно-транспортного травматизма.

4. Рациональное распределение плановых больных в течение года и по возможности их госпитализация в относительно «травмобезопасные» месяцы – январь и май.

Заключение: полученные данные позволяют адекватно посмотреть на городской травматизм, скоординировать работу по его уменьшению и дают возможность адаптировать количество и спецификацию коечного фонда отделения в течение года.

Литература.

1. Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К. Организация и перспективы развития ортопедотравматологической помощи населению Республики Казахстан / Травматология және ортопедия – 2005 - №2-с.5-9.

2. Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К. Секенова Р.К. Проблемные вопросы отечественной травматологии / Травматология және ортопедия – 2008 - №2 (14) - с.3-6.

3. Джаксыбекова Г.К. Тенденции травматизма, состояние травматолого-ортопедической помощи в РК / Специальный выпуск статистического сборника к I съезду травматологов-ортопедов РК. / НИИТО, г.Астана.-2009-с.15-18.

УДК 617.54-083

ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Н. К. Ахметов

ГКГП «Больница скорой медицинской помощи» г. Павлодар.

Резюме

В период с 2006 по 2010 гг. отмечается тенденция к росту частоты встречаемости ранений грудной клетки (с 18,7% до 22,2%). 51% из них составляют лица молодого возраста, в основном мужчины (85,3%). При этом летальность составила 6,5%.

Тұжырым

Жедел хирургиядағы кезде жаракаттары

2006- дан 2010 ж. Аралығында кеудені жаракаттау жиілігінің (18,7% тен 22,2% - ке дейін) өсу қарқыны байқалады. Оның 51% жастар, оның ішінде негізінен ер адамдар (85,3%) құрайды. Осыған орай өлім – жітім 6,5% құрайды.

Summary

Thorax injury in emergency surgery

In the period of 2006 till 2010 there is a tendency of thorax injury increasing (from 18, 7% till 22.2%). 51% of them young people, 85, 3% of all of them are men. There is 6, 5% of lethal outcome.

На сегодняшний день проблема травмы грудной клетки остается одной из самых актуальных тем в современной хирургии и травматологии. Интенсивность и темп современной жизни, насыщенность ее техникой и высокими скоростями, сложная криминогенная обстановка обуславливают «эпидемию травматизма» в наши дни. В развитых странах травмы прочно заняли первое место в структуре летальности, значительно опережая любые болезни. В структуре травматизма повреждения органов грудной клетки занимают третье место (10%) после костной (41,3%) и черепно-мозговой травмы (32,5%). Летальность при травме грудной клетки чрезвычайно высокая. У больных с изолированной травмой она достигает 17%, а при тяжелой сочетанной травме – 76%. Цифры госпитальной летальности дополняют данные судебных медиков, согласно которым, 60,3% пострадавших погибают на месте происшествия, а еще 22,4% - во время транспортировки. Важно, что 15% пострадавших умирают не из-за тяжести повреждения, а от вторичных, в большинстве случаев устранимых, причин.

Цели и задачи исследования:

- Определить частоту встречаемости ранений грудной клетки среди общего количества травм, поступающих в стационар;

- Определить летальность среди травм грудной клетки;
- Выделить основные возрастные категории;
- Определить процентное соотношение ранений органов грудной клетки.

Материалы исследования: исследования проводились на базе КГКП «Больницы скорой медицинской помощи» г. Павлодара. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных, с травмами грудной клетки, в период с 2006 по 2010 гг. В нашем случае мы искали больных с открытыми ранами грудной клетки.

Результаты исследования: В период с 2006 по 2010гг было пролечено с различными травмами 1708 человек, с травмами грудной клетки составили 427 человек (25%). Из них женщины - 63 (14,7%) и мужчины – 364 (85,3%). Мы разделили больных на 3 возрастные группы (рис. 2): от 18 до 35лет – 218 человек (51%); от 36 до 50 – 144 (33,7%); от 51 и старше – 65 (15,2%). Была построена диаграмма с учетом количества больных с травмами грудной клетки за 5 лет (рис. 1).

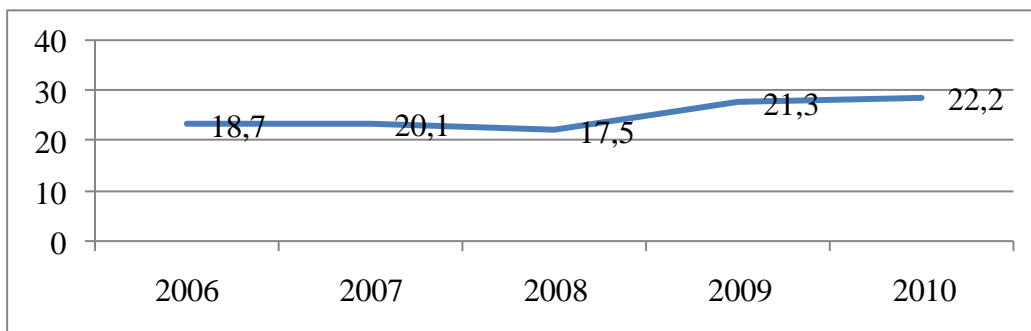


Рис. 1. - Частота встречаемости ранений грудной клетки

В 2006г. - 80 человек (18,7%); в 2007г. – 86 (20,1%); в 2008г. – 75 (17,5%); в 2009г. – 91 (21,3%); в 2010г. – 95 (22,2%). Также было выявлено общее количество летальных случаев – 28 человек (6,5%). Из общего количества больных было прооперировано 87 человек (рис.

3). Из них торакоабдоминальные ранения – 36 человек (41,3%); травмы легкого – 19 (21,8%); травмы сердца – 16 (18,3%); травмы сосудов – 14 (16%); травмы трахеи – 2 (2,2%). Ниже приведены материалы нашего исследования в виде диаграмм:

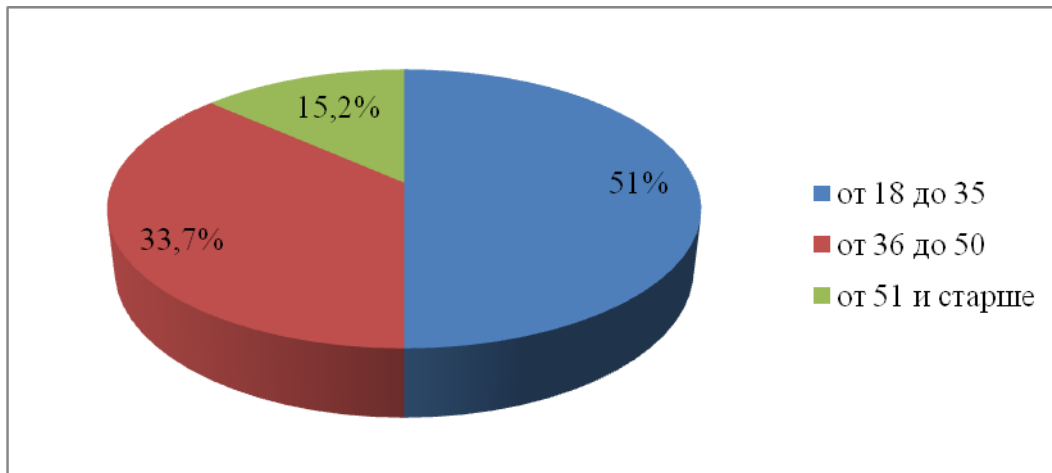


Рис. 2. - Возрастная категория больных.

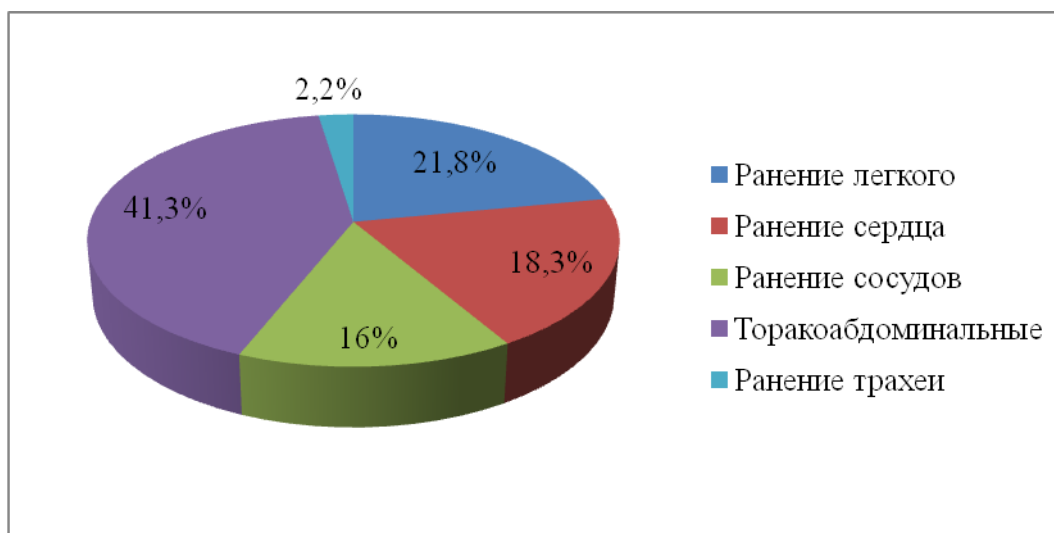


Рис. 3. - Процентное соотношение ранений органов грудной клетки.

Выводы. По нашим данным частота встречаемости ранений грудной клетки составила в среднем 25% от общего числа травм поступающих в стационар. В период с 2006 по 2010 гг. отмечается тенденция к росту частоты встречаемости ранений грудной клетки (с 18,7% до 22,2%). 51% из них составляют лица молодого возраста, в основном мужчины (85,3%). При этом летальность составила 6,5%. И чаще всего наблюдалась при ранениях сердца и магистральных сосудов. Основную долю всех ранений составляют торакоабдоминальные. Среди всех ранений органов грудной клетки повреждения легких стоят на первом месте, на втором и третьем местах - сердце и крупные сосуды, как грудной стенки, так и внутренних органов.

Своим исследованием, мы хотели обратить внимание на то, что ранения грудной клетки до сих пор остаются одной из актуальных тем в экстренной хирургии.

Поэтому любой хирург ургентной службы должен пройти специализацию по торакальной хирургии. Также по нашему мнению, для снижения летальности, необходима согласованная работа станции скорой помощи и стационаров, чтобы заблаговременно оповещать дежурную бригаду о наличии у больного травмы грудной клетки.

Литература:

1. Федоров В.Д., Емельянов С.И. Хирургические болезни. МИА – М., 2005
2. Муратов С.Н. Хирургические болезни. М. – М. 1981
3. Астапенко В.Г. Справочник хирурга. – Минск «Беларусь» 1980
4. Бржозовский А.Г. Частная хирургия. – М. – М. 1954

УДК:616-001+614.2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОГО ТРАВМАТИЗМА Г.СЕМЕЙ ЗА 1987 г. И 2009-2010 гг. ПО ВИДУ ТРАВМ

¹А. О. Мысаев, ²Д. О. Абакашов, ³А. А. Крейк

*Кафедра травматологии и профилактической медицины
Государственного медицинского университета города Семей,
²КГКП «Поликлиника №2» г. Усть-Каменогорск,*

³АО «Семипалатинский протезно-ортопедический центр», г. Семей

Введение. В Казахстане ежегодно около 600 тысяч человек получают различные повреждения, тенденция роста травматизма сохраняется и составляет 2,5% в год [1]. Исследование, проведенное Жанаспаевым А.М. по изучению травматизма в г.Семипалатинске в 1987 году, позволило выявить эпидемиологию всех травм и действительную потребность горожан в травматологической помощи [2]. Одним из блоков исследования было изучение стационарной травматологической помощи. Отсутствие в дальнейшем публикаций в научных медицинских журналах по данному вопросу подтверждает необходимость проведения данного исследования.

Цель: изучить основные виды травм, приводящие к госпитализации, по г.Семей за 2009-2010 годы и сравнить полученные данные с данными 1987 года.

Материал и методы исследования: для изучения поставленной цели, нами проведена выкопировка данных на специально разработанные карты из историй болезни больных, выписанных из единственного травматологического отделения, оказывающее экстренную травматологическую помощь по г. Семей, в Больнице скорой медицинской помощи за 2009 и 2010 годы по следующим параметрам: общее количество госпитализированных больных, среди которых выделены больные с бытовым, уличным, транспортным, производственным, спортивным видом травм. Больные с обострением хронического остеомиелита, огнестрельным ранением, посттравматическими синовитами и др. были включены в группу «Прочие» в связи с их малочисленностью. Далее полученные данные были введены в программу Microsoft Excel для анализа.

Данные 1987 годы взяты из монографии Жанаспаева А.М. «Травматологическая помощь городскому населению» (Семипалатинск-Павлодар, 1997).

Результаты и обсуждение: всего за 2009-2010 год в отделение поступило 2974 человек, из них 2455 urgentных и 519 плановых больных, что составило 82,5% и 17,5% соответственно. В среднем по экстренным показаниям в месяц в отделение поступал 102 человека.

Среди поступивших больные с производственной травмой составили 5,3 % (n=131 человек), транспортной – 10,4% (n=255 человек), уличной 31,5% (n=773 человек) бытовой травмой - 49,1% (n=1206 человек), спортивной – 1,7% (n=41 человек), прочие – 2% (n=49 человек). Сравнительный анализ распределение поступления больных в 1987 г. и 2009-2010 гг. представлен в таблице 1.

Таблица 1. - Сравнительный анализ распределение поступления больных в 1987 г. и 2009-2010 гг.

Вид травмы	2009-2010 гг.		1987 г. (%)
	Абс. числа за 2 года	% от числа всех urgentных больных в год	
Производственный	131	5,3	23,7
Транспортный	255	10,4	15
Уличный	773	31,5	25,9
Бытовой	1206	49,1	33,8
Спортивный	41	1,7	1,2
Прочие	49	2	0,4
Всего	2455	100	100

Как видно из таблицы, за 30 лет структура травматизма изменилась. В связи с распадом СССР, производственным коллапсом 90-х, после которых, производство так и не восстановилось в прежнем объеме. С этим мы связываем 4,5-кратное падение количества производственного травматизма, а не с улучшением и строгим соблюдением техники безопасности на производстве.

Также уменьшилось количество транспортных видов травм, что стало неожиданностью для нас. Мы считаем, что данный вопрос требует более детального изучения, прежде чем делать определенные выводы.

В противовес произошло увеличение уличных и бытовых травм на 5,6% и 15,3% соответственно. Рост уличного травматизма мы связываем с ростом криминальных травм и падений в зимний период во время гололеда, что связано с недостаточной работой полиции и коммунальных служб города.

Количество спортивных травм примерно осталось на том же уровне.

Вывод: структура травматизма к 2010 году изменилась: увеличилось количество госпитализаций после уличных и бытовых травм, снизился производственный травматизм. Эти данные помогут рациональнее проводить профилактические мероприятия для снижения груза травм в структуре заболеваемости населения г.Семей.

Литература:

1. Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К. Организация и перспективы развития ортопедотравматологической помощи населению Республики Казахстан / Травматология және ортопедия – 2005 - №2-с.5-9.

2. Жанаспаев, А.М. Травматологическая помощь городскому населению / А.М.Жанаспаев, С.Б.Смаков, М.Т.Аубакиров, М.А.Жанаспаев – Семипалатинск-Павлодар, 1997.-308с.

УДК 617.58-069.873.616.883

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛКОГОЛИЗАЦИИ СЕДАЛИШНОГО НЕРВА ПРИ АМПУТАЦИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. А. Аполоненко

Кафедра специальных дисциплин Павлодарского филиала Государственного медицинского университета города Семей, КГКП «Больница скорой медицинской помощи» г. Павлодара

Резюме

В своей статье, мы хотели обратить внимание практикующих врачей на то, что нет никакой надобности в применении алкоголизации нерва для профилактики фантомных болей, так как есть более современные способы.

Summary

Effectiveness of the sciatic nerve alcoholization during amputation of the lower extremity

In our article we would like to pay attention of the medical practitioners to that there is no necessity in using sciatic nerve alcoholization during amputation of the lower extremity for prophylactic of the phantom-limb pains, because there are more contemporary methods.

Тұжырым

Аяқ ампутациясын жасауда шонданай нерві алкоголизациясын тиімді қалдану

Өзіміздің мақаламызда біз машықтауы дәрігердің бүгінгі күнге солі әдістердің көп болуына орай фантомдық аурулар профилактикасы үшін нерв алкоголизациясы қолданудың ешқандай қажеттілігі жоқ екендігіне назарын аудару.

Ампутация конечностей является древнейшей операцией. Становление учения об ампутациях прошло ряд этапов, и было связано как с решением общемедицинских проблем, так и с разработкой более узких вопросов: установлением показаний к операции, уровня ампутации, способа выкраивания лоскутов, обработки нервов, сосудов, костного опиала и т.д. До введения способов обезболивания, асептики и антисептики ампутации были тяжелейшими операциями, сопровождающимися высоким процентом смертности. Так по данным Н.И. Пирогова, во время обороны Севастополя после ампутаций бедра по поводу огнестрельных переломов смертность в среднем составила 92%. В те же времена появляется и такое понятие как алкоголизация нерва. Её применяют для профилактики фантомных болей, путем введения 70% спирта под эпинеурей. Но, как и другие виды обработки нерва, он не является эффективным, и не способствует предупреждению развития невром в рубцовую ткань. Последняя и является причиной фантомных болей (60%: Carlin et al., 1978, 78%: Sherman et al., 1984). В настоящее время самым щадящим методом является пересечение осторожно выделенного нерва на 5 – 6 см проксимальнее уровня ампутационной раны. Пересечение нерва производится после введения под эпинеурей 2% раствора новокаина одним движением острого лезвия в перпендикулярном направлении к продольной оси нерва. Совершенно не допустимо вытяжение нерва из раны, так как образующиеся внутривольные гематомы и травматизация осевых цилиндров приводят к возникновению невритов. В современной хирургии отводится большое значение профилактики фантомных болей, она сводится к применению на этапе предоперационной подготовки больных и проведения оперативного вмешательства, в устранении патологической болевой импульсации с периферии и в достижении адекватного обезболивания. Это касается, прежде всего, больных с сосудистыми и онкологическими заболеваниями конечностей, для которых характерны клиника нарастающей боли и различные вегетативно-сосудистые нарушения. Именно у больных этой категории после ампутации конечности наблюдается преимущественное развитие болевого фантома вплоть до появления каузалгий. Опыт, подтвержденный экспериментальными исследованиями, показал, что устранение боли за несколько дней до ампутации конечности в сочетании с адекватным интраоперационным обезболиванием позволяет значительно снизить частоту возникновения фантомных болей после операции. В то же время, как показывает анализ традиционных методов обезболивания, методики пред- и послеампутационного обезболивания, основанные на системном введении наркотических анальгетиков, а также общая анестезия во время ампутации не обеспечивают адекватной защиты центральных структур мозга от болевой стимуляции. Наиболее оптимальным методом прерывания патологической болевой импульсации при планировании ампутации конечности является длительная эпидуральная анестезия.

Мы проводили анализ медицинских карт стационарных больных с 2008 по 2010 гг. на базе КГКП «Больницы скорой медицинской помощи» и КГКП «Городской больницы №1» г. Павлодара, с целью выявления эффективности алкоголизации нервов для профилактики фантомных болей у больных с ампутациями нижних конечностей выше колена. В период с 2008 по 2010гг было прооперировано 262 человека. Женщины - 116 (44,2%) и мужчины – 146 (55,7%). Средний возраст 43 года. Чаще всего ампутации выполнялись по поводу облитерирующего атеросклероза. На базе КГКП

«БСМП» чаще всего ампутации выполняются по поводу сахарного диабета, у декомпенсированных больных с множественными осложнениями, включая «диабетическую стопу». Мы разделили больных на две группы: контрольная и основная. В контрольной группе проводилась алкоголизация нерва, а в основной нет. В КГКП «БСМП» было прооперировано 47 человек (контрольная группа), а в КГКП «Городской больнице №1» - 215 человек (основная группа). У 19% оперированных - появились фантомные боли в раннем и позднем послеоперационном периоде. Причем в контрольной группе этот показатель составил 13,4%. Соотношение мужчин и женщин 2:1. Средний возраст 46 лет. Безболезненные фантомы проявлялись в виде парестезий. Больные ощущали покалывание, жжение, ползание мурашек в ампутированной конечности. А болезненные фантомы проявлялись как боли в кончиках пальцев ампутированной конечности.

Таким образом, в своем исследовании мы установили, что в контрольной группе фантомные боли встречались в 13,4% случаев, что на 7,8% больше чем в основной группе, где применяли современные способы профилактики. Данные боли чаще встречались у мужчин, средний возраст составляет 46 лет, с диагнозом облитерирующий атеросклероз. Чаще всего они проявлялись в виде покалывания, жжения, ползание мурашек в ампутированной конечности, или же в виде боли в кончиках пальцев ампутированной конечности. Их появление мы можем связать как с техническими погрешностями во время операции, а именно неправильная обработка седалищного нерва, так и с малой эффективностью самого способа.

В своей статье, мы хотели обратить внимание практикующих врачей на то, что нет никакой надобности в применении алкоголизации нерва для профилактики фантомных болей, так как есть более современные способы. Основное значение необходимо уделять правильной обработке нерва, о которой было сказано выше. Поэтому в современной хирургии необходима согласованная работа анестезиологической и хирургической службы.

Литература:

1. Волобуев Н.И., Волобуев А.И.: Способ профилактики фантомного болевого синдрома при ампутации конечностей. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1991, т. 146, № 3.
2. Воробейчик Я.М.: Изменения в рефлекторной сфере у больных с фантомно-болевым синдромом. Тезисы докладов 2-й конференции Российской Ассоциации по Изучению Боли, 12-15 сентября 1995 г..
3. Майорчик В.Е., Архипова Н.А., Васин Н.Я., Гроховский Н.П.: Особенности таламо-кортикальных отношений при фантомном болевом синдроме (электрофизиологическое исследование во время стереотаксических операций). Ж. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, 1980, вып.6.
4. Нарышкин А.Г., Гурчин Ф.А., Самойлов К.А., Кирсанова Г.В., Василевская Л.С., Швец Я.М.: Патогенез фантомно-болевого синдрома и его лечение. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1989, №8.
5. Иргер И.М.: Нейрохирургия. М.: Медицина, 1982
6. Калюжный М.В.: Физиологические механизмы регуляции болевой чувствительности. М.: Медицина, 1984.
7. Карташов О.Н., Назаров Е.А., Буриков А.О.: Лечение постампутационных болей методом электро-

пунктуры. Ж. Ортопедия, травматология, протезирование, 1991, №2.

8. Кассиль Г.Н.: Наука о боли. М.: "Наука", 1975.

9. Крыжановский Г.Н., Графова В.Н.: Исследование болевого синдрома спинального происхождения (к концепции генераторного механизма болевого синдрома). Бюл. экспериментальной биологии, 1974, №7.

10. Кукушкин М.Л.: Особенности пластических изменений в ЦНС после невротомии в зависимости от наличия или отсутствия нейрогенного болевого синдрома. Тезисы докладов 2-й конференции Российской Ассоциации по Изучению Боли, 12-15 сентября 1995 г..

11. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Арлозарова Н.М.: Предупреждающая аналгезия как основа профилактики послеоперационного болевого синдрома.

12. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Сыровегин А.В., Иванов А.М.: Об этапности формирования фантомно-болевого синдрома. Там же.

13. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Сыровегин А.В., Кукушкин М.Л.: Особенности фармакотерапии различных форм течения фантомного болевого синдрома. Тезисы российской научно-практической конференции

"Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами", 7-9 октября 1997г.

14. Судаков К.В., Юмашев Г.С.: Подавление болевых синдромов чрезкожной электростимуляцией нервных волокон. Ж. Неврологии и психиатрии, 1978, №12.

15. Сулим Н.И., Кремлев В.Н.: Рефлекторная терапия больных с фантомными болевыми синдромами. Ж. Протезирование и протезостроение, 1990, вып. 88.

16. Ферранте М., Тимоти Р. ВейдБонкора: Послеоперационная боль. М.: Медицина, 1988.

17. Шевчук В.И., Кучеренко А.Е.: Опыт лечения ампутированных болей переменным магнитным полем. Ж. Советская медицина, 1977, №3.

18. Bach S., Noreng M.F., Tjelden N.U.: Phantom limb pain in amputees during the first 12 months following limb amputation, after preoperative lumbar epidural blockade. Pain 33:297, 1988.

19. Melzack R., Wall P.: The Challenge of pain. Penguin books.

20. Sherman R.A., Sherman C.J., Parker L.: Chronic phantom and stump pain among American veterans: results of survey. Pain 18:83, 1984.

УДК 616-036.864-08

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ КОНТРАТУБЕКС В КОМБИНАЦИИ С ФЕРМЕНТОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ИЗБЫТОЧНОГО РУБЦЕОБРАЗОВАНИЯ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ

К. Р. Беделманов

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Усть-Каменогорск

Тұжырым

Ерте жазылу кезеңде асыра тыртықтанудың алдын алында гель контратубекс фермент комбинациясымен қолдануы

Өте жоғары әсері көрсетілген комплексті терапия энзимотерапия Лонгидаза мен гель Контратубекс локальды аппликация түрінде және фонофорезде, жәнеде гель Медерм бет пен мойын аймағының комплексті емінде. Осы схеманы қолдану хирургиялық әрекетті азайтып, жақсы косметикалық әсер және жағымсыз қалдық іздерді азайтады. Хирургиялық науқастардың болжамын жақсартып, емдеу мерзімін қысқартып өмір сапасын жоғарлатады.

Summary

In the healing process for prevention development of scar using of contratubex with enzym

Touch, was shown good efficiency of using combination enzyme longidaza and gel contratubex as a local application, phonophorez, using of gel mederm on face and neck. Using this scheme decrease surgical action, gives good cosmetic effect and avoid complication, improves outcome of surgical patients, decrease terms of treatment and improves quality of life.

Актуальность в современной медицине проблемы патологического рубцобразования можно обосновать тем, что образование грубых рубцов приводит к инвалидности в молодом, трудоспособном возрасте, видимые рубцы и контрактуры значительно снижают качество жизни пациентов и доставляют ряд психических проблем больным. Уже давно известно, что образование рубцов - это нормальная функция поврежденных тканей, без которой не может существовать ни один живой организм и проблема заключается не в самом рубцевании, а в типе формирующего рубца. В последнее время участились случаи обращаемости пациентов, в основном молодого, трудоспособного возраста. С избыточными рубцами после различных травм, операций. В связи с чем, очень остро стоит вопрос о необходимости ранней профилактики патологического рубцобразования и предотвращения ухудшения качества жизни пациентов и скорейшего восстановления трудоспособности. Подавляющее большинство описанных в различной литературе методов лечения и профилактики

избыточного роста соединительной ткани имеет в основном отношение к пациентам, у которых уже сформировались гипертрофические рубцы. Разработка же новых способов предупреждения образования патологических рубцов у пациентов, ранее не имевших, в доступной литературе встречается редко и направлены они, как правило, на устранения одного звена, приводящего к патологическому рубцобразованию. Учитывая все перечисленное, проблема современного предотвращения формирования гипертрофических рубцов является на данный момент крайне актуальной и требующей активного исследования и поисков методов решения. Мною представлен опыт по профилактике развития гипертрофических рубцов после ожоговых травм.

На базе травматологического отделения Больницы скорой медицинской помощи г. Усть-Каменогорска. В течение 4 лет в разное время находились под наблюдением 20 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет обоого

пола с послеоперационными гранулирующими ранами и ожогами до 10% п.т.

Все больные с послеоперационными и травматическими ранами были разделены на 3 группы: 1, контрольную. Составили 5 человек, которым специфической профилактики не проводилось и больные получали традиционное лечение: во II группе больные получали комплексное физиотерапевтическое лечение: магнитотерапию от аппарата «Полус 01» с 3-4 дня лечения, ультразвуковое воздействие на область ран спустя 12 часов от момента травмы, электрофорез лидазы из раствора 64 ЕД начиная с тридцати суток длительностью в десять процедур. Большинство физиопроцедур проводилось в условиях поликлиник. Повтор курса проводился через 3 месяца.

В III группе, состоящей из 10 пациентов, проводилась первичная профилактика патологического рубцеобразования на ранних этапах - с 3 дня после травмы при отсутствии противопоказаний проводились внутримышечные инъекции Лонгидазы по 3 т.е. 1 раз в 3 дня курсом 10 инъекций, начиная с 8-12 суток на эпителизирующиеся раны наносился гель Контратубекс, представляющий собой трехкомпонентный препарат. Обладающий выраженной антигиперпролиферативной активностью, наносимый тонким слоем 2 раза в день и 10 процедур ультрафонофореза с гелем Контратубекс ежедневно при наступлении полной эпителизации ран, т.е. при наличии возможности соприкосновения головки аппарата с поверхностью кожи. Так как контратубекс состоит из алантоина. Гепарина и экстракта лука, противопоказаний в виде гиперсенсibilизации к парабенам выявлено не было, так же как и побочных эффектов от применения препарата. Применение геля Контратубекс продолжалось самостоятельно пациентами после выписки 3 раза в день в течение от 3 до 6 месяцев. У больных с ожогами лица и шеи гель Контратубекс заменялся на гель Медерма, т.к. в течение длительного времени применения была доказана его большая эффективность на данных участках тела.

Результат отслеживался в каждом случае в течение не менее 6 месяцев врачами поликлиники. Полученные данные распределились следующим образом: В группе контроля у 3 больных развились гипертрофические рубцы, требующие коррекции, у 1 пациента патологические рубцы беспокоили с косметической точки зрения, у 1 больного раны зажили с формированием нормотрофического рубца.

Во II группе при наблюдении в течение 6 месяцев отмечено формирование гипертрофических рубцов у 3 пациентов, так как в третьей группе рубцовые деформации отмечены только у 2 больных. При этом 3 человек из 2 группы отмечали дискомфорт в области формирующихся рубцов, в 3 группе подобные жалобы выявлены у 1 больного. Косметический дефект беспокоил во второй группе 4 человек, в третьей 3. Функциональные нарушения связанные с развитием рубцов и натяжением тканей развились во 2 группе у 4 пациентов, а в 3 группе 2 больных.

Во второй группе при наблюдении в течение 6 месяцев отмечено формирование гипертрофических рубцов у 3 пациентов, тогда как в 3 группе рубцовые деформации отмечены только у 2 больных. При этом 4 человек из 2 группы отмечали дискомфорт в области формирующихся рубцов, а в 3 группе подобные жалобы выявлены у 2 больных. Косметический дефект беспокоил во 2 группе 3 человек, а в третьей-2. Функциональные нарушения связанные с развитием рубцов и натяжением тканей развились во 2 группе у 3 пациентов, а в 3 группе - у 2 больных.

Таким образом, показана наибольшая эффективность комплексной терапии на ранних этапах формирования рубцовой ткани с применением энзимотерапии Лонгидазой и геля Контратубекс местно в виде аппликаций и в фонофорезе, а также использование геля Медерма на лице и шее в том же комплексе. Применение подобной схемы значительно уменьшает необходимость хирургических вмешательств, достигается хороший косметический эффект и устраняется в значительной степени нежелательные последствия развития рубцов, как зуд, чувство стяжения, нарушение полноценной функции конечности. Позволяет значительно улучшить исходы лечения хирургических больных, уменьшить сроки полного выздоровления и повысить качество жизни пациентов.

Литература:

1. Ожоги: (Руководство для врачей) / Под редакцией Б.С. Вихряева и В.М. Бурмирова.-Л.: Медицина, 1981.
2. «Современные проблемы гипертрофических рубцов в реконструктивно-пластической хирургии» Ростов-на-Дону, ЦЭПХ «Пластика» 2008г.
3. «Гипертрофические и келоидные рубцы» Ю.Л.Галаямова, З.З. Кардашова

УДК 616-001.17-08

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АРГОСУЛЬФАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН

К. Р. Беделманов

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Усть-Каменогорск

ТҰжырым

Күйік жарада аргосульфанды қолдану

Сонымен, препарат Аргосульфан жақсы антибактериальды әсерімен күйік жараның эпителизациясына жағдайлар жасайды және күйік жараларда әсерлі зат деп саналады. Оптимальды аргосульфан кремды окклюзивлеуші пленкамен қосып қолдану. Сондай әдіс экономды, препарат шығынын азайтады, күніне 1 рет байлау жасалады, ал инфицирленбеген болса 2 күнде 1 рет байлау қажет.

Summary

The using of argosulphan in treatment of burning wound

Thus, argosulphan has good antibacterial effect for epithelization of wound. It is effective medicine for local treatment of burning wound. The optimal is using crème argosulphan with occluding membranes. This method is economic, decreases quantity of crème, 1 bandage per a day, at clear wound 1 bandage per a 2 days.

Клиническое течение ожоговых ран и развивающиеся в них физико-химические и биологические явления определяются, прежде всего, характером и глубиной поражения. При ожогах I-II степени реактивно-воспалительные процессы, протекающие по типу серозного очага, обычно не сопровождаются нагноением, и после ликвидации острого воспаления закономерно наступают регенерация эпителиальных элементов и заживление.

Для ожогов IIIa, IIIb и IV степени характерна иная эволюция раневого процесса, протекающего в такой последовательности: омертвление тканей в момент ожога-реактивный травматический отек-гноинное демаркационное воспаление-фаза регенерации. В результате гноино-демаркационного воспаления ожоговая рана очищается от омертвевших тканей. Во время регенеративной фазы происходит образование грануляций, эпителизация и рубцевание. При ожогах IIIa степени эпителиальной покров восстанавливается за счет сохранившихся в глубоких слоях придатков кожи. При ожогах IIIb-IV степени регенерация оказывается незавершенной из-за гибели придатков кожи. Заживление таких ран может наступить лишь путем рубцового стяжения и эпителизации с краем.

Широкое распространение при лечении обожженных получили кремы на основе сульфодиазина серебра, которые выпускаются под различными названиями. Нами была исследована эффективность использования препарата Агросульфан (2,5 крем сульфатиазола серебра) («Ельфа», Польша) для лечения обожженных. Препарат применяли для местного лечения 20 обожженных - 15 мужчин и 5 женщин, из которых 10 были с ожогами II - III A степени от 5% до 20% п.т., 5 с мозаичными ожогами III AB степени от 0,5% до 3% п.т., 5 обожженных с ожогами IIIb степени от 10 до 15% п.т., поступивших в отделение спустя 2-4 месяца после травмы с клиникой ожогового истощения и рыхлыми легко кровоточащими грануляциями.

Агросульфан применяли у 11 больных с ожогами II - IIIa степени на марлевых салфетках, фиксируемых бинтом, перевязки осуществляли ежедневно. У 5 обожженных с локализацией ожогов II и III степени на лице или шее крем наносили на пораженную поверхность слоем в 2-3 мм 2 раза в день. У 4 обожженных с ожогами II и III степени, у 3 больных с мозаичными ожогами IIIAB степени, 6 больных с остаточными ранами и у 2 больных с ожогами IIIb степени Агросульфан наносили на ожоговую рану шпателем также слоем 2-3 мм и закрывали пленочными покрытиями. Не содержащих никаких лекарственных препаратов. Повязки меняли ежедневно.

Применение препарата Агросульфан позволило достичь эпителизации ожогов II степени на 5-8 сутки после травмы, а ожогов IIIa степени к 15-18 суткам. При этом применение препарата у больных с неинфицированными ожогами полностью предотвращало развитие инфекции. Применение препарата у больных с инфицированными ожогами позволяло к 4-6 суткам лечения полностью купировать инфекцию. Нередко

больные с ожогами лица и шеи II - IIIa степени поступали в отделение с инфицированными корками, состоящими из высохшего раневого экссудата и фибрина. После нанесения на такие корки крема Агросульфан они в течение 1-2 суток размягчались и легко удалялись с раневой поверхности марлевыми салфетками, что способствовало существенному ускорению эпителизации. Особенно эффективным было применение крема Агросульфан в сочетании с окклюзирующими пленочными покрытиями. Такое применение предотвращало высыхание крема, позволяло растворить в течение 18-20 часов засохший экссудат и полностью очистить раневую поверхность. При этом перевязки были практически безболезненными. В то же время применение крема Агросульфан на марлевых салфетках приводило к высыханию крема в течение суток, алгезии повязки и болезненности при ее удалении.

Высокоэффективным было применение препарата Агросульфан в сочетании с пленочными покрытиями при лечении пограничных ожогов III AB степени у всех 5 обожженных. У всех обожженных через 1-2 суток после очищения ран от участков струпа, корок и фибрина наблюдали активную эпителизацию, в том числе и участков ожогов IIIb степени, которые заживали в образовавшейся за счет смещения крема Агросульфан с раневым экссудатом влажной среде посредством образования тонкого однослойного эпителия. Сроки эпителизации составили 21-27 суток.

Высокоэффективным было также применение крема в сочетании с пленочными покрытиями 4 больных с ожогами IIIb степени и клиникой истощения. При этом грануляции уплотнились, и исчезла кровоточивость. Что позволило подготовить раны этих больных к АДП.

Уже через сутки после начала лечения больных с остаточными ранами кремом Агросульфан в сочетании с пленочными покрытиями ранки очищались от корочек и наложений фибрина, дно их поднималось и выравнивалось. У 7 больных через 2-4 перевязки раны эпителизовались, у 5 больных потребовалось лечение с применением различных марлевых покрытий.

Таким образом, препарат Агросульфан, обладая хорошим антибактериальным действием, создает благоприятные условия для эпителизации ожоговых ран и является эффективным средством для местного лечения поверхностных, пограничных ожогов, остаточных ран, а в ряде случаев и глубоких ожогов. Оптимальной считаю методику применения крема Агросульфан в сочетании с окклюзирующими пленочными покрытиями. Такое применение экономично, так как снижает расход препарата, трудозатраты медицинского персонала, не требует повторных перевязок в один день, а при неинфицированных ожогах позволяет проводить перевязки 1 раз в 2 суток.

Литература:

1. «Ожоги» (Руководство для врачей). Под редакцией Б.С. Вихриева и В.М. Бурмистрова. 1981 г.
2. Воленко А.В. Профилактика послеоперационных осложнений ран// Хирургия.-1998.-№9.-С.65-69

УДК 616.24-002-616-092.4

ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ ЗАМКНУТОГО ПРОСТРАНСТВА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Р. Е. Кулубеков, К. Ш. Амренова

Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии Государственного медицинского университета города Семей**Резюме**

При исследовании результатов смоделированной пневмонии в условиях замкнутого пространства было установлено, что, по сравнению, с типично смоделированной пневмонией, возрастает летальность животных, и изменяются фармакокинетические параметры цефамандола.

Summary**The course pneumonia in conditions of locking space in experiment**

The research of results of modeling pneumonia in conditions of locking space was determined that, for comparison, will increased the death finish of animals, and change the pharmacokinetics parameters of cephamandol.

Тўжырым**Экспериментте жабық кеңестік жағдайында өкпе қабынуының ағымы**

Жабық кеңестік жағдайында үлгілінген өкпе қабынуының зерттеу нәтижелерін типті үлгілінген модельденген пневмониямен салыстырғанда, лабораторлы жануарлардың өлімділігінің жоғарлағаны және цефамандолдың фармакокинеталық көрсеткіштерінің өзгергені байқалған.

Материалы и методы исследования. Крыса, у которой была создана модель пневмонии путем внутрилегочного введения патогенных штаммов *S. pneumoniae* в дозе логарифмического роста 10^{12} , помещалась в глухую, деревянную клетку (20x20 см), с небольшими просверленными отверстиями (1x1 см) по периметру клетки. Число отверстий было равно 8 (по 2 на каждую сторону клетки). Число крыс составило 10 особей.

Контрольная группа крыс (n=10) с моделированной пневмонией, также по одной особи помещалась в обычную, стандартную клетку, в которой содержится в виварии. И в опыте и в контроле, для лечения развившейся пневмонии, был выбран антибиотик, активный в отношении модельного *S. pneumoniae*, отвечающий предъявляемым требованиям - цефамандол в/м введением три раза в сутки. Кроме того, для полноценной фармакотерапии использовались: противовоспалительный лекарственный препарат (диклофенак натрия), десенсибилизирующее лекарственное средство (гисталонг), поливитаминный комплекс.

Была изучена поведенческая реакция крыс, проявление внешних признаков заболевания, изменения фармакокинетики цефамандола в опыте и контроле, морфологические изменения легких и некоторых органов, возможные причины летальности и несколько других параметров. Кроме того, для изучения фармакокинетики цефамандола была создана вторая контрольная группа (n=20), в которой абсолютно здоровым особям вводился цефамандол в той же дозировке, что и больным животным. Для изучения фармакокинетики, кровь у крыс забиралась из хвостовой вены в определенные точки исследования после введения – 40 мин., 1,5 часа, 4, часа, 6, и, некоторых случаях, через 8 часов после введения цефамандола. Фармакокинетические параметры рассчитывались по стандартным линейным формулам для многочастевой модели. Для определения концентрации, изменения чувствительности антибиотика использовались методы диффузии в агар дисками, метод серийных разведений, хроматография. Для изучения морфологии были использованы стандартные методы фиксации, окрашивания и микроскопии.

Результаты и методы исследования. При наблюдении в опытной и первой контрольной группах, через 1, 5 - 2 суток после внутрилегочного введения патогенных штаммов *S. pneumoniae*, крысы становились малопо-

движными, переставали принимать пищу. На 2 сутки у животных появлялись выделения из ротовой полости белой – серой слизи с прожилками крови. Мех крыс значительно потускнел, стал влажным, крысы принимали вынужденное положение, сжимались в углу клетки. Крысы часто и обильно пили, отмечалось повышение температуры тела. Появились выделения из анального отверстия жидких, желтоватых масс. Появился писк, похожий на «выхаркивание», кашель, чиханье, выделение из носовой полости, затрудненное дыхание, одышка. Бока крыс вздымались, проявлялись западение межреберных промежутков. Крысы быстро теряли в весе.

После начала лечения на 3 сутки от начала заболевания, крысы в опытной группе на какое – то время (1,4 ± 0,2 сут), почувствовали облегчение. Мех их обсох, хотя остался сваленным, слипшимся. Прекратились выделения из анального отверстия, снизилась температура тела, уменьшились выделения из полости носа, но оставалось характерное «похаркивание». Животные стали принимать пищу, поглощая примерно до трети выделенного им рациона. Но крысы оставались мало-подвижными, вялыми, не оказывая попыток сопротивления при попытках взять их в руки, не защищенные перчатками. Через двое суток после начала фармакотерапии, наступило ухудшение состояния. Вновь стали проявляться все вышеперечисленные признаки заболевания. Несмотря на проведение лечения, состояние животных опытной группы стремительно ухудшалось, и к концу 5-6 суток все животные погибли.

В контрольной группе животные после начала лечения, также на 3 сутки, стали поправляться. Мех становился более блестящим, приобретал структуру меха здоровых особей. Животные все более становились подвижными, кусались, пытались вырваться. Рацион, подаваемый им, стал поглощаться, и, через сутки, животные питались в обычном режиме. На 8 сутки после начала лечения наступило полное выздоровление. Летальности нет.

При изучении особенностей фармакокинетики цефамандола было установлено, что различий между параметрами в 1 и 2 контрольными группами не было. Однако по сравнению с ними, фармакокинетические параметры антибиотика в опытной группе претерпели существенные изменения (таблица 1).

Таблица 1. Фармакокинетические параметры цефамандола в контрольных (1 и 2) и опытной группе*.

Группа	$K_{эл}, \text{мин}^{-1}$	$T_{1/2}, \text{ч}$	$V_d, \text{мл}$	$Cl_t, \text{мл/мин}$
1 контроль	0,02+0,05	1,4+0,3	0,75+0,3	0,08+0,002
2 контроль	0,03+0,01	1,1+0,8	0,78+0,1	0,08+0,007
Опыт	0,07+0,03	2,3+0,3	1,1+0,2	0,03+0,004

* - $P < 0,05$

Примечания: $K_{эл}, \text{мин}^{-1}$ – константа элиминации; $T_{1/2}, \text{ч}$ – период полувыведения; $V_d, \text{мл}$ – объем распределения; $Cl_t, \text{мл/мин}$ – общий клиренс.

Из таблицы видно, что в опытной группе происходило увеличение скорости элиминации, которая характеризует скорость исчезновения препарата из организма путем экскреции и биотрансформации; повышался период полувыведения, показывающий время, за которое 50% введенного препарата выводится из организма; увеличивался объем распределения, характеризующий степень проникновения в ткань препарата из плазмы крови; снижался общий клиренс, характеризующий скорость выведения из организма лекарственного препарата различными путями.

При изучении морфологии было отмечено, что в опытной группе, при исследовании легких наблюдалась долевая инфильтрация, с разрушением части пульмоноцитов, ателектаз; почек – очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация с изменением клубочков (папчатые, а некоторые – атрофированы); в сердце – выраженный межмышечный отек, незначительный периваскулярный склероз, в 2 – х случаях – в просвете правого желудочка кровь; печень – воспалительная инфильтрация портальных трактов.

При изучении морфологии в контрольной группе никаких морфологических изменений органов не выявлено,

кроме некоторого спаячного и очагового процесса в легких, свидетельствующего о перенесенной пневмонии, находящейся в стадии разрешения.

Таким образом, проведенными исследованиями установлено, что при течении смоделированной пневмонии в замкнутом пространстве у крыс:

1. Улучшение состояния практически не наблюдается, хотя его признаки при начале лечения все же проявляются.

2. Фармакокинетические параметры антибактериального препарата (цефамандола) свидетельствуют о его задержке и кумуляции в организме.

3. Высокая летальность крыс и морфологические изменения, вероятней всего, связаны с неспособностью животного ответить на адекватно проводимое лечение, гиповентиляцией, недостаточностью света, что также, возможно, привело к токсическим накоплением в организме антибиотика. Об этом свидетельствует полное выздоровление контрольной группы.

4. Полученные результаты требуют дальнейших исследований

УДК 577.115+614.876+616-092.4

ВЛИЯНИЕ БЕТУЛИНА НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ОБЛУЧЕННОГО ОРГАНИЗМА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

А. С. Аргынбекова, Л. И. Павлова, В. А. Павлов, К. С. Калиекова

Кафедра общей и клинической фармакологии

Государственный медицинский университет города Семей

Тўжырым

Мақсаты: Тәжірибеде сәулеленген ағзаның зақымдануы кезіндегі антиоксидантты жүйедегі бұзылыстарды коррекциялау үшін бетулиннің фармакодинамикасын зерттеу.

Зерттеу нәтижелері: Сәулеленген организмнің иммунокомпонентті ағзалар және тіндердегі ЛПТ өнімдерінің құрамына бетулиннің әсер етуі кестеде көрсетілген.

Summary

Objective: To study the pharmacodynamics of betulin for the correction of an antioxidant system in the radiation damage of the experiment.

Results: The results of investigation of the effect of betulin for the content of products POL in immune organs and tissues of animals irradiated on the figure.

Актуальность. Из множества факторов, негативно влияющих на здоровье человека, ионизирующая радиация занимает особое место, так как даже однократное воздействие ее может вызвать необратимые изменения в организме.

В настоящее время одной из фундаментальных задач, стоящих перед теоретической и клинической медициной, является поиск новых средств противолучевой защиты, способных оказывать эффективное действие при воздействии облучения. При этом особое место среди них принадлежит средствам, направленным на коррекцию иммунологических и метаболических нарушений облученного организма. В

настоящее время на мировом рынке фармацевтического производства доля препаратов растительного происхождения составляет около 40%, причем в последние годы проявляется тенденция к ее увеличению. Как правило, растительные препараты оказывают комплексное воздействие и вызывают минимальные побочные эффекты, что позволяет их использовать достаточно широко при лечении различной патологии, в том числе и иммунодефицитных состояний.

Последние десятилетия дали возможность надеяться на введение в медицину препаратов на основе три-терпеноидов лупанового ряда. Наиболее перспектив-

ным из этого ряда является бетулин – тритерпеноид, широко распространенный в природе, в том числе и в березе, которая является ценным источником получения биологически активных веществ, часть которых давно применяется в медицинской практике. На основе бетулина, содержащегося в коре березы, новосибирские ученые разработали препарат под ориентировочным названием «Березовый сок» для лечения ВИЧ инфицированных. По данным Мазнева Н.И. и Яковлевой Г.П. бетулин обладает мочегонным, желчегонным, потогонным, дезинфицирующим и антисептическим действием, а также обладает противоопухолевыми и противовирусными свойствами.

Процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) играют важнейшую роль в регуляции активности мембраносвязанных ферментов; процессов проницаемости и активного транспорта веществ, транспорта электронов в цепи дыхательных ферментов; рецепции, синтезе и метаболизме эндогенных регуляторов физиологических функций (простагландинов, стероидных гормонов, катехоламинов и т.д.); клеточной дифференцировки и скорости клеточного деления через изменение функциональной активности хроматина; а также многих других биохимических реакций, обуславливающих практически все проявления жизнедеятельности [304]. В связи с этим состояние процессов ПОЛ и система АОЗ имеют существенное значение не только в нормальной физиологии и биохимии клетки и организма в целом, но и могут выступать как ключевое универсальное звено механизмов адаптивных реакций, а также патогенеза различных заболеваний [305, 306]. Состояние перекисного окисления липидов представляет большой интерес при радиационном поражении организма. Результатом первичного взаимодействия радиации с веществом является индукция ионов и ион-радикалов воды и липидов с последующим развитием реакции свободнорадикального окисления и вторичным (наряду с поражением уникальных структур) повреждением биополимеров. Развитие свободнорадикальных реакций ПОЛ играет важнейшую роль в патогенезе лучевого поражения мембранных структур клетки [110]. Актуальность поиска новых возможностей поддержки антирадикальной и антиперекисной защиты обусловлена постоянно возрастающими нагрузками на систему ПОЛ, вызываемыми такими факторами, как нарастающее экологическое неблагополучие, рост употребления лекарственных препаратов, воздействие радиации и др. [307].

Цель: изучить фармакодинамику бетулина для коррекции нарушений в антиоксидантной системе при радиационном поражении организма в эксперименте.

Материал и методы исследования:

Облучение животных проводилось в отделении радиологии Восточно-Казахстанского Регионального онкологического диспансера № 2 г. Семей. Облучение производилось на российском радиотерапевтическом устройстве «Агат-РМ» гамма-лучами ⁶⁰Со. Во время облучения животные находились в специально сконструированной камере из органического стекла с изолированными ячейками для каждого животного.

Бетулин исследовали в дозе 25 мг/кг. В качестве растворителя использовался 70% раствор спирта этилового. Фитосубстанцию растворяли этиловым спиртом до полного растворения, затем полученный раствор помещали в вытяжной шкаф, перемешивая в течение 1 часа до полного выпаривания спирта. Полученную смесь растворяли в подсолнечном масле и вводили внутривенно с помощью зонда.

Исследование было проведено на 46 белых беспородных половозрелых крысах.

1) Группа № 1 (n=10) - интактная группа – здоровые животные;

2) Группа № 2 (n=12) – облученные ионизирующей радиацией животные;

3) Группа № 3 (n=15) – облученные животные, получавшие исследуемую фитосубстанцию.

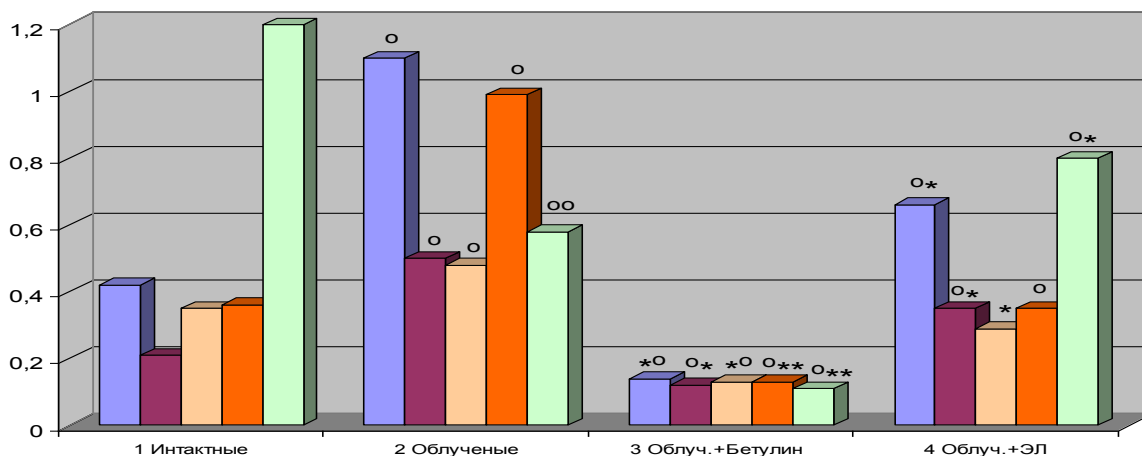
Исследования во 2-й группе проводились через 30 дней после облучения. Животные 3-й группы через 2 недели после облучения получали бетулин из расчета 25 мг/кг массы тела, внутривенно в течение 14 дней

Исследование проводилось в отделе биохимических исследований центральной научно-исследовательской лаборатории Государственного медицинского университета г. Семей.

Из тимуса, селезенки, лимфатических узлов тонкого кишечника, печени и надпочечников интактных, облученных и получивших курс бетулина животных, готовились гомогенаты, в которых определялось содержание первичных (диеновые конъюгаты - ДК) и вторичных (малоновый диальдегид - МДА) продуктов ПОЛ.

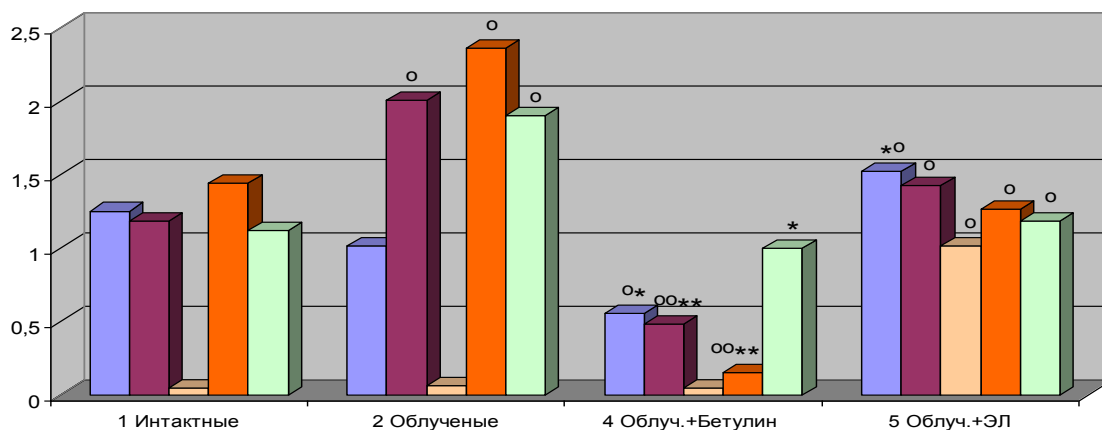
Определение концентрации продуктов процесса перекисного окисления липидов (ДК и МДА) были проведены по методам Мансурова И.Д., Стосмана Р.З.(1973), Straub H.(1996), Тапбергенова С.О.(1971), Кривченковой Р.С.(1974), Гаврилова В.Б.(1983;1987).

ДК (усл. ед.)



а)

МДА (нмоль в 1 мг ОЛ)



■ Тимус ■ Селезенка ■ Лимфатич. узлы тонкого кишечника ■ Печень ■ Надпочечники

Примечания

- 1* - достоверно к 1 группе P<0,05;
- 2⁰ - достоверно ко 2 группе P<0,05;
- 3** - достоверно к 1 группе P<0,01;
- 4⁰⁰ - достоверно ко 2 группе P<0,01.

Результаты исследования:

Результаты исследования влияния бетулина на содержание продуктов ПОЛ в иммунокомпетентных органах и тканях облученного организма животных представлены на рисунке.

Как видно из рисунка, отмечается достоверное повышение содержания ДК и МДА в иммунокомпетентных органах через 30 дней после общего сублетального гамма-облучения.

Появление большого количества ДК и МДА в гомогенатах изучаемых органов при лучевом поражении организма свидетельствует о структурном поражении биоллипидов мембран тканей. Усиление образования перекисей и свободнорадикальных соединений, так же, как и нарушение механизмов, их обезвреживания, может приводить к срыву механизмов антирадикальной защиты и развитию окислительного стресса.

Поэтому при многих заболеваниях, в том числе и при воздействии ионизирующей радиации, обнаруживается усиление ПОЛ – повышение в крови и гомогенатах тканей органов его продуктов, которые с током крови могут проникать в различные органы и ткани, проявлять свойства радиосенсибилизаторов или первичных радиотоксинов, вызывая появление и развитие лучевого токсического эффекта [309], что и наблюдалось в наших экспериментах.

Введение бетулина в облученном организме достоверно снижает содержание ДК в печени на 87%, селезенке – на 76% (P<0,05), тимусе – 87,3%, лимфатических узлах тонкого кишечника – 73% и надпочечниках – на 81,1% (P<0,01) по отношению к данным контрольной и интактной групп животных.

Концентрация МДА, при действии бетулина на облученный организм животных, достоверно снижается в печени на 93,7%, селезенке – 76,4% (P<0,01), тимусе и надпочечниках на 50% и 47,4% (P<0,05), соответственно, в сравнении с опытной группой.

Вывод: Резюмируя вышесказанное, можно отметить, что бетулин снижает содержание первичных и вторичных продуктов ПОЛ в иммунокомпетентных орга-

б)

нах и тканях облученного организма животных, проявляя свойства потенциального антиоксиданта.

Литература:

1. Адеенов С.М. Биологически активные вещества растений и перспективы создания новых лекарственных препаратов// Развитие фитохимии и перспективы создания новых лекарственных препаратов, Алматы. – Ғылым. – 2004. С.7-17.
2. Ахмедьярова Э.А., Зуева О.М., Сейтебетова А.Ж. Влияние экстрактов березы на неспецифическую резистентность при экспериментальных иммунодефицитах// Астана мед. журнал. – 2005. -№2. С.187-188.
3. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лабораторное дело. - 1983. -№3. С.33-35
4. Гаврилов В.Б., Гаврилова А.Р., Мажуль Л.М. Анализ методов определения продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови по тесту с тиобарбитуровой кислотой // Вопросы мед. химии. -1987. - №1. С.118-121.
5. Зейнульдина А.С., Назарова А.Ж., Мурзагулов К.К. и др. Антиоксидантное действие некоторых флавоноидов солянки холмовой в пищевых добавках // Астана мед. журнал. – 2005. -№4. С.150-152.
6. Кудряшов Ю.Б. Механизмы природной и модифицируемой радиочувствительности и радиорезистентности. -М.: Наука, -1980. С.3-36.
7. Поляков В.В. Создание высокоэффективных фитопрепаратов на основе флоры Северного Казахстана // Развитие фитохимии и перспективы создания новых лекарственных препаратов, Алматы. – Ғылым. – 2004. С.199-216.
8. Bacq Z.M., Devy C, Dupon T.D. Hypoxie, uricemie et metabolisme de l'acide arachidonique //Bull. Mem. Acad. R. Med. Belg.,1981.-V.136.-№ 4. P.226-238.
9. Willis R.J. Possible role of endogenous toxicogen in the carbon tetrachloride poisoned hepatocyte //Fed. Proc.-1980.-V.39.-№ 13. P.3134-3137.

УДК 616.37-002-073.43

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Г. Б. Доненбаева

АО «Республиканский диагностический центр», г. Астана

Резюме

Цель работы состояла в изучении ультразвуковых признаков хронического панкреатита при обследовании 1250 больных. Возраст пациентов составлял от 32 до 78 лет. Приведены данные о размерах поджелудочной железы при хроническом панкреатите и частоте кальцифицирующих форм (18 случаев). Подчеркнута высокая информативность ультразвукового исследования при панкреатических псевдокистах (17 случаев). Описана ультразвуковая картина хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы (12 случаев).

Ключевые слова: хронический панкреатит, ультразвуковое исследование, панкреатические псевдокисты, вторичная внепеченочная портальная гипертензия, кальцифицирующий панкреатит, хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы.

Ultrasound diagnostic chronic pancreatitis

The purpose of this work was to study the ultrasonic signs of chronic pancreatitis patients in the survey in 1250. The patients' ages ranged from 32 to 78 let. Present data on the size of the pancreas in chronic pancreatitis and the frequency calcifying forms (18 cases). Emphasize the high information content of ultrasound in pancreatic pseudocyst (17 cases). We describe the ultrasound picture of chronic pancreatitis with a primary lesion of the pancreatic head (12 cases).

Key words: chronic pancreatitis, ultrasonography, pancreatic pseudocyst, secondary extrahepatic portal hypertension, pancreatitis calcifying, chronic pancreatitis, mainly affecting the head of the pancreas.

Введение. Проблемы диагностики и лечения хронического панкреатита (ХП) продолжают оставаться в центре внимания клиницистов. Увеличивается заболеваемость ХП, который, в ряде случаев, приводит к осложнениям, требующим применения интервенционных и хирургических вмешательств [3, 4, 8]. Поэтому обследование больных ХП должно обеспечить установление точного диагноза, позволяющего своевременно выбрать адекватную тактику лечения [2, 6, 9]. В настоящее время одним из информативных методов обследования поджелудочной железы (ПЖ) и смежных с ней органов является ультразвуковое исследование (УЗИ). Метод отличается безопасностью, неинвазивностью, возможностью применения в динамике, графическая регистрация полученных данных, общедоступность.

Цель работы состояла в изучении УЗ-признаков, присущих ХП.

Методы. На базе Республиканского диагностического центра г. Астана за 2009-2010 гг. амбулаторно обследовано 1250 больных с диагнозом ХП. Возраст пациентов составлял от 32 до 78 лет.

Ультразвуковой контроль в В-режиме осуществляли аппаратами Logiq 5 и Vivid 7 (USA) с использованием датчиков электронного сканирования 3,5 МГц.

Больного обследовали натошак.

Исследование больных проводили в положении лежа на спине, левом и правом боку. Датчик размещали в эпигастральной области, правом и левом подреберьях.

Во всех случаях проводили исследование не только ПЖ, но и печени, селезенки, желчного пузыря, а также сосудов систем воротной и нижней полой вен. При этом изучались форма, размеры, структура печени и селезенки, констатировалось наличие или отсутствие жидкости в брюшной полости. Нижняя полая и печеночные вены изучали из подреберья, а также в косых межреберных проекциях. Селезеночная вена хорошо визуализируется из области левого подреберья.

Результаты. Для проведения полноценного обследования ПЖ необходимо знание анатомических ориентиров, основным из которых является селезеночная вена. Она проходит по задней поверхности тела ПЖ, визуализируется в виде эхо-прозрачной серповидной полоски и определяет оптимальную плоскость сканирования.

При оценке УЗ-картины ПЖ обращали внимание на размеры органа, его контуры, структуру и плотность тка-

ни, а также наличие кальциноза, вируснолитиаза, очаговых образований. Размер ПЖ при ХП может изменяться в зависимости от стадии и фазы заболевания. Увеличение железы обусловлено обострением панкреатита, а уменьшение ее прогрессирующим фиброзом. В большинстве наблюдений подобные трансформации имели равномерный характер, но в 12 случаях определялось локальное увеличение головки более 4 см.

Контур железы при ХП может быть неровным за счет втяжений и выпуклостей, обусловленных альтеративно-воспалительным процессом. Следует учитывать давность заболевания, т.к. в начальных стадиях развития ХП контуры ПЖ четкие, ровные и железа имеет обычную форму.

Акустическая картина структуры ПЖ отличалась гетерогенностью. Определялось чередование участков сниженной, нормальной и повышенной эхо-плотности. При длительном течении ХП появляется все больше участков с усиленной эхо-плотностью и железа становится "белой". Кальцификация ПЖ патологична чаще для алкогольного ХП, только на ранних стадиях он выявляется лишь гистологически, а в позднее - и при УЗИ.

При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы при ХП необходимо большое внимание уделить визуализации панкреатического протока, т.к. по его диаметру можно судить о наличии или отсутствии протоковой гипертензии, наличии кальцинатов в просвете. Следует отметить, что даже нерасширенный панкреатический проток удалось визуализировать при большинстве обследований. Его диаметр не превышал 2 мм.

При анализе ультразвуковой картины, на которой определялись очаговые образования, мы придерживались следующих диагностических критериев:

- 1) контур патологического образования (четкий или нечеткий);
- 2) форма образования (округлая, овальная, полициклическая, неправильная и др.);
- 3) структура образования (гомогенная, гетерогенная);
- 4) экзогенность образования (изо-, гипо-, гипер-);
- 5) наличие капсулы и симметричность ее толщины;
- 6) наличие деформации структурного рисунка железы вокруг патологического очага;
- 7) интенсивность поглощения УЗ-волны после прохождения заднего края образования;
- 8) васкуляризация.

Наиболее частым очаговым образованием, осложняющим течение ХП, является панкреатическая псевдокиста (ППК). Основным эхографическим признаком ее

является наличие эконегативного образования с четким контуром и эклопозитивной стенкой.

Размеры ППК у 17 пациентов варьировали от 5 до 17 мм (Рис.1).

Время выполнения и объем хирургического вмешательства зависит от сформированности ППК (т.е. толщины ее стенки), оценка которой обязательна. ХП с преимущественным поражением головки выделяем в отдельную клинко-морфологическую форму из-за особенностей диагностики и хирургического лечения.

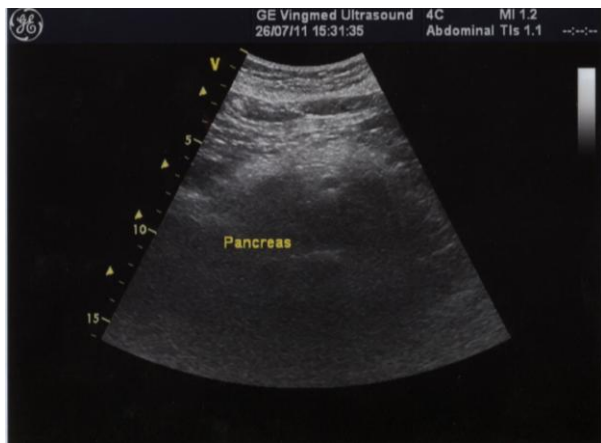


Рис.1. - По передней поверхности головки ПЖ визуализируется участок разряжения, расширение протока ПЖ в области тела ПЖ.

Среди 7 пациентов с преимущественным поражением головки ПЖ панкреатическая гипертензия с расширением протока зарегистрирована в 2 случаях, а билиарная гипертензия с дилатацией холедоха в 3 наблюдениях. У 2 пациентов имелось одновременное расширение и панкреатического, и общего желчного протоков и неровным контуром при отсутствии кальцификации и псевдокистоза. Одной из них с ХП с расширенным Вирсунговым протоком (рис. 2) и расширенным холедохом для уточнения причины возможной обструкции на базе АО «РДЦ» проведена ЭРПХГ

Хронический воспалительный процесс в ПЖ и парапанкреатической клетчатке может приводить к сдавлению, тромбозу воротной вены или её притоков. Нарушение проходимости вен возможно из-за перивенозного лимфаденита и лимфангита, сопутствующих ХП. У некоторых пациентов вторичная внепеченочная портальная гипертензия (ВВПГ) при ХП становится доминирующей патологией, которая определяет хирургическую тактику. При визуализации сосудистых структур гепатопанкреатодуоденальной зоны оценивали длину, форму, размер просвета, анатомическое расположение и индивидуальные особенности соотношения различных сосудов по отношению друг к другу.

В послеоперационном периоде УЗИ позволяет проследить за динамикой изменений в ПЖ и оценить состояние наложенных панкреатодигестивных анастомозов.

Обсуждение. УЗИ, проведенное на начальном этапе комплексного обследования, определяет последующий диагностический алгоритм, что является залогом выбора адекватного метода лечения.

Эхографическая симптоматика ХП достаточно характерна, что позволяет не только уверенно диагностировать эту патологию, но и дифференцировать ее различные формы.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что у большинства больных с ППК проведение УЗИ в дина-

В отечественной литературе это состояние известно как "головчатый", "индуративный", "псевдотуморозный", "гиперпластический" панкреатит, в иностранной литературе используются термины "cephalic pancreatitis" и "inflammatory mass in the head of pancreas". При УЗИ, кроме увеличения головки более 4 см, отмечаются ее неровные контуры и неоднородная структура из-за включения кальция или наличия псевдокист (Рис.2), кисты могут располагаться вне паренхимы ПЖ.



Рис.2. - Расширение протока ПЖ.

мике является достаточным для решения диагностических и тактических вопросов. КТ имеет преимущество над УЗИ в немногочисленных случаях (большие размеры кистозного образования или локализация его в области левого подреберья), когда необходимо уточнение органной принадлежности кисты.

ХП с преимущественным поражением головки ПЖ, кроме увеличения ее размеров, сопровождается кальцинозом и (или) псевдокистозом паренхимы.

УЗИ является основным методом диагностики тромбоза спленопортального русла и обусловленного им синдрома ВВПГ, который в некоторых случаях ХП становится доминирующей патологией.

Высокая информативность УЗИ при ХП подтверждается данными интраоперационного обследования и при чрескожных вмешательствах с цитологическим контролем содержимого ППК.

Литература:

1. Багненко С.Ф. Диагностика и хирургическое лечение хронического билиарного панкреатита // Российско-германский симпозиум "Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков": Тезисы докладов.- Москва, 2000. С.12-13.
2. Воротынцева Н.С., Воротынцев Г.Ф., Митихина И.В. Ультразвуковая дифференциальная диагностика образований поджелудочной железы у больных с хроническими заболеваниями пищеварительной системы // Анналы хирургической гепатологии. Ц 1999. - Т 4. - № 2. С. 150.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. Ц М.: Медицина, 2010. Ц 512 с.
4. Евтихов Р.М., Журавлев В.А., Шулуто А.М. и др. Механическая желтуха. Хронический панкреатит. - Иваново, 1999. 256 с.
5. Кунцевич Г.И., Журенкова Т.В., Степанова Ю.А. Значение комплексного ультразвукового исследования в диагностике хронического панкреатита // Российско-германский симпозиум "Хирургия поджелудочной желе-

зы на рубеже веков". Тезисы докладов.- Москва, 2000. С.82-83.

6. Курыгин А.А., Нечаев Э.А., Смирнов А.Д. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. - Санкт-Петербург, 2008. - 142 с.

7. Портной Л.М., Араблинский А.В. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Ц 1999. - № 4. Ц С.99-105.

8. Сакович М.Н. Диагностика и лечение хронических болезней поджелудочной железы. Ц Минск, 1999. 152 с.

9. Beger H.G., Buchler M., Ditschuneit H., Malfertheimer P. Chronic pancreatitis. - Berlin-Heidelberg-New York, 2004.-574 s.

10. Byrne R.L., Gompertz R.H., Venables C.W. Surgery for chronic pancreatitis: a review of 12 years experience// Ann. R. Coll. Surg. Engl. Ц 2006. ЦVol. 6. Ц B. 405-409.

11. Gerolami R., Giovannini M., Laugier R. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts guided by endosonography// Endoscopy. Ц 1997. - Vol. 2. Ц B. 106-108.

УДК 616.24-002+577.18-08-004.057

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТАРТОВОЙ И ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Р. Е. Кулубеков, К. Ш. Амренова

Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии Государственного медицинского университета города Семей

Резюме

При развитии госпитальной пневмонии в отделении общего профиля, в качестве стартовой антибактериальной терапии, рекомендуется назначение цефтриаксона в/в путем введения или ципрофлоксацина в/в путем введения.

Summary

The recommendations for start and empirical antibioticotherapy by hospital pneumonia in common department

The development hospital pneumonia in therapeutically department. in quality for start antibacterial therapy, recommended application ceftriaxon intra venus or ciprofloxacin intra venus.

Тұжырым

Госпитальды пневмонияны терапиялық бөлімдерде емдегенде берілетін бастапқы және эмпириалық антибактериальды еленің ұсыныстары

Жалпы профильды бөлімде госпитальды пневмония дамыған кезде бастапқы антибактериальды ем ретінде цефтриаксонды көк тамыр арқылы немесе цмпрофлоксацинді көк тамыр арқылы.

Одной из самых сложных и до конца не изученных форм пневмонии является нозокомиальная (внутрибольничная или госпитальная) пневмония, к которой относится заболевание, развивающееся не ранее, чем через 48 часов после поступления больного в стационар. Достаточно высокая смертность при данной нозологии, возрастающая с каждым годом, должна увеличить настороженность в отношении этой важной проблемы.

Целью проведенного исследования служило изучение эпидемиологии госпитальной пневмонии, микробиологической активности антибактериальных препара-

тов и создание рекомендаций стартовой и эмпирической антибиотикотерапии в терапевтическом отделении.

Материалы и методы исследования.

Выделение и исследование возбудителей, наиболее часто вызывающих госпитальную пневмонию проводилось по стандартной схеме. Для исследования отбирались те больные, у которых пневмония развилась уже на стадии стационарного лечения (n=153).

При исследовании больных с нозокомиальной пневмонией в терапевтическом отделении были определены сопутствующие патологии больных (таблица 1).

Таблица 1. Больные с госпитальной пневмонией в отделении общего профиля.

Нозология	Количество больных
ИБС, ХСН II- III	48 (31,3%)
Хронический бронхит в ст. обострения, с проявлениями ДН	74 (48,3%)
Патология ЖКТ (язва, холецистит, гастрит) в обострении	24 (15,6%)
Хр. Пиелонефрит в обострении	7 (4,5%)
ВСЕГО	153 (100%)

Для идентификации возбудителя использовались стандартные методы посевов на диффузные среды, окрас по граму и микроскопия посевов крови, мокроты, транстрахеальных аспиратов, трансторакальных аспиратов, в ряде случаев проводилась бронхоскопическая биопсия (при невозможности другими способами получить материал для бактериологического исследования).

Чувствительность антибактериальных препаратов проводилась с помощью стандартных дисков. Исполь-

зовались две модификации метода – последовательные разведения на жидкой и на плотной питательных средах, а также метод диффузии в агар (метод дисков).

Результаты исследования.

При исследовании возбудителей, вызвавших нозокомиальную пневмонию в отделении общего профиля, были установлены следующие микроорганизмы (таблица 2).

Таблица 2. Возбудители, вызвавшие госпитальную пневмонию в отделении общего профиля.

Диагноз	К-во	S.p.	H.i.	St.aureus	Kl.p.	P.a.
ИБС, ХСН _{II-III}	48 (31,3%)	14 (29,1%)	17 (35,4%)	7 (14,5%)	10 (20,8%)	-
Хр. Бронхит	74 (48,3%)	29 (39,1%)	11 (14,8%)	22 (29,7%)	7 (9,4%)	5 (6,7%)
Патология ЖКТ	24 (15,6%)	13 (54,1%)	3 (12,5%)	-	3 (4%)	5 (20,8%)
Хр. Пиелонеф.	7 (4,5%)	-	4 (57,1%)	3 (42,8%)	-	-
ВСЕГО	153 (100%)	56 (36,6%)	35 (22,8%)	32 (20,9%)	20 (13%)	10 (6,5%)

S.p. - Streptococcus pneumoniae; H.i. - Haemophilus influenzae; St.aureus - Staphylococcus aureus; Kl.p. - Klebsiella pneumoniae; P.a. - Pseudomonas aeruginosae.

Таким образом, установлено, что наиболее частым возбудителем нозокомиальной пневмонии в отделении общего профиля является Streptococcus pneumoniae, затем Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae и Pseudomonas aeruginosae.

Однако необходимо отметить, что в зависимости от нозологии, существует некоторое отличие от возбудителя, вызвавшего госпитальную пневмонию в отделении общего профиля. Так, например, при ИБС, наиболее

часто встречается Haemophilus influenzae (35,4%), а при хроническом бронхите - Streptococcus pneumoniae (39,1%). При заболеваниях, связанных с нарушениями ЖКТ, ведущим микроорганизмом, вызвавшим госпитальную пневмонию, также являлся Streptococcus pneumoniae (54,1%). Обращают на себя внимание летальность, причиной которой служила госпитальная пневмония. Летальность составила 16,9% (26 больных).

Таблица 3. Летальность больных в отделении общего профиля при диагнозе госпитальная пневмония в зависимости от нозологии и вида возбудителя.

Диагноз	К-во	S.p.	H.i.	St.aureus	Kl.p.	P.a.
ИБС, ХСН _{II-III}	17	8	3	3	2	-
Хр. Бронхит	9	7	-	-	-	2
ВСЕГО	26 (100%)	15 (57,6%)	3 (11,5%)	3 (11,5%)	2 (7,6%)	2 (7,6%)

Проведенные исследования показали, что наиболее частым возбудителем, встречающимся при летальном исходе госпитальной пневмонии, оказался Streptococcus pneumoniae.

Причинами летальности при ИБС, ХСН_{II-III} явились:

- в 6 случаях - сепсис с развитием синдрома системного воспалительного ответа, который характеризовался лихорадкой, гипотермией, гипервентиляцией, снижением ОПСС на фоне увеличения сердечного выброса, снижением сердечного выброса, артериальной гипотензией, быстрым развитием ДВС - синдрома.

- в 7 случаях гибель обусловлена развитием тяжелой острой дыхательной недостаточности, проявившейся брадикардией и гипотонией, заторможенностью, проявлениями гипоксического или интоксикационного психоза, с развитием коматозного состояния, потребо-

вавшего перевода на ИВЛ в ОИРТ, но все равно закончившееся летальным исходом.

- в 4 случаях причиной явился бактериемический шок с резким падением артериального давления, появлением брадикардии и брадипноэ, с развитием коматозного состояния и острой дыхательной недостаточности, вполне вероятно, с развитием респираторного дистресс - синдрома.

При хроническом бронхите в стадии обострения причинами летальности госпитальной пневмонии (n=9) служило развитие острой дыхательной недостаточности на фоне респираторного дистресс - синдрома.

Исследования чувствительности возбудителей госпитальной пневмонии к некоторым антибактериальным средствам продемонстрировали следующие результаты (таблица 4).

Таблица 4. Чувствительность возбудителей госпитальной пневмонии в отделении общего профиля к некоторым антибактериальным препаратам in vitro.

Препараты	S.p.	H.i.	St.aureus	Kl.p.	P.a.	К-во
	56 (36,6%)	35 (22,8%)	32 (20,9%)	20 (13%)	10 (6,5%)	153 (100%)
Ампициллин	24 (42,8%)	23 (65,7%)	-	8 (40%)	-	55 (35,9%)
Амоксицилин	51 (91%)	25 (71,4%)	15 (46,8%)	11 (55%)	-	102 (66,6%)
Цефуроксим	43 (76,7%)	29 (82,8%)	23 (71,8%)	20 (100%)	-	115 (75,1%)
Цефтриаксон	56 (100%)	35 (100%)	32 (100%)	20 (100%)	8 (80%)	151 (98,6%)
Эритромицин	12 (21,4%)	15 (42,8%)	18 (56,2%)	14 (70%)	-	65 (42,4%)
Азитромицин	17 (30,3%)	16 (45,7%)	21 (65,6%)	14 (70%)	2 (20%)	70 (45,7%)
Гентамицин	-	23 (65,7%)	21 (65,6%)	14 (70%)	8 (80%)	66 (43,1%)
Ципрофлоксацин	56 (100%)	31 (88,5%)	32 (100%)	18 (90%)	8 (80%)	145 (94,7%)

Из таблицы видно, что в отделении общего профиля наибольшую активность в отношении возбудителей госпитальной пневмонии имеют цефалоспорины 2 и 3 поколения и фторхинолоны, которые можно рекомендовать для начала стартовой или эмпирической терапии. Полусинтетические пенициллины и комбинация ампициллина с клавулановой кислотой оказались умеренно активны в отношении Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus и Haemophilus influenzae. Ами-

ногликозиды оказались умеренно активны в отношении Haemophilus influenzae и Staphylococcus aureus, но достаточно активны в отношении грамотрицательных Klebsiella pneumoniae и Pseudomonas aeruginosae

Таким образом, при развитии госпитальной пневмонии в отделении общего профиля, в качестве стартовой антибактериальной терапии, рекомендуется назначение цефтриаксона в/в путем введения или ципрофлоксацина в/в путем введения.

УДК 612.017.1:616.523 -861.1 + 616.9.-022-036.2.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г. Н. Кызыметова

РГКП «ВКО ЦСЭЭ» КГСЭН МЗ РК, г. Усть-Каменогорск

Резюме

В работе дана характеристика одного из самых современных методов молекулярной биологии – ПЦР диагностики (полимеразная цепная реакция). Исследование методом ПЦР имеет ряд преимуществ перед привычными способами, так как данный метод ПЦР диагностики позволяет специфично увеличивать в сотни раз участок ДНК возбудителя заболевания в исследуемом образце. Проведен анализ объема выполненных исследований генетическим методом ПЦР диагностики в период с 2007 года по 2010 год в условиях лаборатории особо опасных инфекций.

Тұжырым

Инфекция ауруларын диагностикадағы зерттеулердің тектік әдісінің қолдануы

Молекулалық биологияның өзі қазіргі әдістерінің бірін мінездеменің (полимераз ұласпалы реакция) диагностиканы ПЦР осы жұмысында берілген. ПЦР әдістерді зерттеу үйреншікті әдістердің алдында артықшылықтарының қатарын алады, диагностиканы ПЦР осы әдіс өйткені зерттелетін үлгідегі ауруды қоздырушы днк бөлімшенің реттің жүздігінде үлкейтуге ерекше мүмкіндік береді. Ерекше қауіпті инфекциялардың лабораториясы шарттарындағы мерзімге диагностикасын ПЦР-дың тектік әдістің істелінген зерттеулері 2007 жылдан 2010 жылға дейін көлемнің талдау жүргізген.

Summary

Application of the genetic method of researches in diagnostics of infectious diseases

In work the characteristic of one of the advanced methods of molecular biology – PCR diagnostics (polymerases chain reaction) is given. Research by method PCR has a number of advantages before habitual ways as given method PCR of diagnostics allows is specific to increase in hundreds times a site of DNA of the activator of disease in the investigated sample. The analysis of volume of the executed researches by genetic method PCR of diagnostics during the period since 2007 for 2010 in the conditions of laboratory of especially dangerous infections is carried out.

Лабораторная диагностика - неотъемлемая часть современной медицины, без которой немислима полноценная врачебная помощь. В настоящее время идёт непрерывное совершенствование "старых" диагностических методов, разрабатываются новые, всё более эффективные и надёжные методики.

Методы лабораторной диагностики сегодня довольно многочисленны, и продолжают расширяться, их многообразие впечатляет, и становится понятной востребованность методик - сколько важной дополнительной информации позволяет лабораторная диагностика получить врачу, чтобы точно поставить диагноз и назначить лечение [2].

Наряду с традиционными морфологическими, иммунологическими и биохимическими методиками специалисты лабораторной службы сегодня применяют новые технологии в диагностике для получения более точных результатов.

Одним из самых современных методов молекулярной биологии является метод ПЦР диагностики (возможная ошибка составляет не более 5%) – исследование в полимеразной цепной реакции. Исследование методом ПЦР диагностики имеет ряд преимуществ перед привычными способами, так как данный метод позволяет специфично увеличивать – амплифицировать - в сотни раз участок ДНК возбудителя заболевания в исследуемом образце. Чувствительность метода значительно превосходит таковую у иммунохимических и микробиологических методов, а принцип метода позволяет диагностировать наличие инфекций со значительной антигенной изменчивостью [3, 4].

Теоретически метод ПЦР диагностики позволяет обнаружить даже единственную копию чужеродной ДНК в образце, что позволяет говорить об отсутствии у него предела чувствительности. Методом ПЦР возможно определение наличия возбудителя заболевания, даже если в пробе присутствует всего несколько молекул ДНК данного возбудителя [3].

Кроме высокой чувствительности, исследование методом ПЦР имеет абсолютную специфичность, то есть если метод ПЦР диагностики выполнен правильно, то он не даёт ложноположительных результатов. Иначе говоря, чтобы выявить возбудителя и определить его природу более точно, необходимо вместе с обычными анализами сдать анализ ПЦР.

ПЦР позволяет диагностировать наличие долго растущих возбудителей, не прибегая к трудоемким микробиологическим методам. Особенно эффективен метод ПЦР для диагностики трудно культивируемых, некультивируемых и скрыто существующих форм микроорганизмов, с которыми часто приходится сталкиваться при латентных и хронических инфекциях, поскольку этот метод позволяет избежать сложностей, связанных с выращиванием таких микроорганизмов в лабораторных условиях [3].

Кроме того, применение ПЦР-диагностики также очень эффективно в отношении возбудителей с высокой антигенной изменчивостью и внутриклеточных паразитов. Методом ПЦР возможно выявление возбудителей не только в клиническом материале, полученном от больного, но и в материале, получаемом из объектов внешней среды (вода, почва и т.д.) [5, 6, 7].

Материалом для проведения исследований методом ПЦР служат, как правило, биологические жидкости и выделения организма: кровь, моча, слюна, мокрота. Прежде чем сдать анализ ПЦР, необходимо проконсультироваться со специалистом и тщательно подготовиться к процедуре.

Исследование методом ПЦР очень эффективно для обнаружения возбудителей особо опасных инфекций – сибирская язва, лептоспироз, листериоз и другие. Метод ПЦР диагностики позволяет изучить генетический материал данных микроорганизмов, присутствующий в образце в минимальных количествах.

Исходя из всего вышесказанного, *целью исследования* явился анализ объема выполненных исследова-

ний генетическим методом ПЦР диагностики в период с 2007 года по 2010 год в условиях лаборатории особо опасных инфекций.

Объем и методы исследования. Проведен анализ использования генодиагностики на основе полимеразной цепной реакции в условиях лаборатории особо опасных инфекций Восточно-Казахстанского областного центра санитарно-эпидемиологической экспертизы в период с 2007 года по 2010 год.

Полимеразная цепная реакция, ПЦР (Polymerase chain reaction, PCR) - диагностический прием, позволяющий определять специфические нуклеиновые кислоты или их фрагменты с высокой степенью разрешения.

В основе метода лежит многоциклового процесс, напоминающий естественную репликацию нуклеиновой кислоты, причем, каждый цикл состоит из трех последовательных этапов.

Первый этап состоит в денатурации искомой нуклеиновой кислоты, достигаемой повышением температуры до 70 - 80°C, после чего нуклеиновая кислота присутствует в растворе в виде отдельных цепей; если искомой нуклеиновой кислотой является РНК, то она предварительно переводится в форму ДНК методом обратной транскрипции.

На втором этапе к определенному участку каждой из противоположных цепей присоединяются праймеры — короткие олигонуклеотиды, комплементарные известным нуклеотидным последовательностям; для осуществления этого присоединения температура среды понижается до 37 - 40°C.

На завершающем - третьем этапе - происходит синтез новых цепей (амплификация нуклеиновой кислоты) при участии фермента - термостабильной ДНК полимеразы, поскольку этот этап, как и первый, протекает при высокой температуре.

Через три цикла устанавливается стабильная амплификация фрагмента, соответствующего нуклеотидной последовательности между двумя праймерами определенного возбудителя.

Результаты и их обсуждение. Огромную помощь в совершенствовании лабораторной диагностики особо опасных инфекции в РГКП «ВКО ЦСЭЭ» КГСЭН МЗ РК оказала модернизация лабораторий, которая выполнялась в рамках Государственной программы реформирования здравоохранения Республики Казахстан. В 2006 году в лабораторию особо опасных инфекций Восточно-Казахстанского областного центра санитарно-эпидемиологической экспертизы – ВКО ЦСЭЭ - было приобретено 7 единиц оборудования, ведущим из которых явилось оборудование для проведения исследования в полимеразной цепной реакции – ПЦР в реальном времени. В январе 2007 года оборудование было установлено и освоено специалистами лабораторной службы. В том же году методы генетической диагностики были внедрены в практическую работу в условиях лаборатории особо опасных инфекций ВКО ЦСЭЭ.

В 2007 году метод амплификационных технологий нами был использован в идентификации ДНК при диагностике двух инфекционных патологий - сибирской язвы и бруцеллеза.

Оценка объема выполненных исследований генетическим методом ПЦР диагностики в лаборатории ООИ РГКП «ВКО ЦСЭЭ» КГСЭН МЗ РК в четырехлетней динамике показала расширение возможностей лабораторной диагностики ООИ и использование в настоящее время данной методики в диагностике следующих 5-ти нозологических форм заболеваний (таблица 1): бруцеллез; сибирская язва; лептоспироз; листериоз; птичий грипп

Таблица 1 - Объемы выполненных исследований генетическим методом лабораторией ООИ с 2007-2010гг.

Нозологическая форма заболевания	Исследуемый период, годы							
	2007		2008		2009		2010	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Бруцеллез	929	271	2074	302	1572	150	2327	276
Сибирская язва	216	0	457	12	240	0	198	0
Лептоспироз	-	-	-	-	-	-	175	54
Листериоз	-	-	-	-	-	-	27	1
Птичий грипп	-	-	48	0	22	0	-	-
ИТОГО	1145	271	2579	314	1834	150	2727	331

Примечание:

1 – Исследуемые пробы, количество

2 – Пробы с положительным результатом, количество

При этом количество исследуемых проб в течение 4-х лет увеличилось в 2,4 раза - с 1145 проб в 2007 году до 2727 проб в 2010 году.

При лабораторной диагностике бруцеллеза в качестве исследуемого объекта использовался материал, получаемый из объектов внешней среды и клинический материал, полученный от больных. В 2007 году было проведено 929 проб на бруцеллез, при этом в 29,2 % случаев (271 проба) был идентифицирован возбудитель бруцеллеза; в 2008 году – из 2074-х исследованных проб в 14,6 % случаев (302 проба) верифицирован бруцеллез; в 2009 году – 1572 пробы и 2,2 % случая (150 проба) соответственно; в 2010 году – 2327 пробы и 11,9 % случая (276 проба) соответственно (таблица 2).

Анализ результатов лабораторной диагностики генетическим методом сибирской язвы в период с 2007 г.

по 2010 г. определил наличие возбудителя *Bacillus anthracis* только в 2008 году – из 457-ми исследуемых проб в 2,6 % случаях (12 проб).

Генетическая диагностика лептоспироза и листериоза в условиях лаборатории ООИ началась с 2010 года, благодаря которой в 54-х пробах из 175-ти – был обнаружен возбудитель лептоспироза; в 1-ой пробе из 27-ми исследованных - возбудитель листериоза *Listeria monocytogenes*.

В условиях лаборатории ООИ в 2008 г. и 2009 г. генодиагностика была применена и в отношении вируса H5N1 - возбудителя птичьего гриппа, вирус в клиническом материале, полученном от больных обнаружен не был. В 2011 году планируется внедрение в работу лаборатории идентификации возбудителя клещевого боррелиоза в полимеразной цепной реакции.

Таблица 2 – Идентификация возбудителя бруцеллеза генетическим методом лабораторией ООИ с 2007-2010гг.

Исследуемый материал на бруцеллез	Исследуемый период, годы							
	2007		2008		2009		2010	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Материал от людей	511	251	707	169	477	87	799	139
Объекты внешней среды	418	20	1367	133	1095	63	1528	137
ИТОГО	929	271	2074	302	1572	150	2327	276

Примечание:

1 – Исследуемые пробы, количество

2 – Пробы с положительным результатом, количество

Заключение. Таким образом, для своевременного проведения противозидемиологических мероприятий, при возникновении случаев заболеваний ООИ необходима постановка лабораторного диагноза с достаточной быстротой и достоверностью.

Метод ПЦР улавливает единичные клетки в короткий промежуток времени (5-7 часов) и по сравнению с классическими методами диагностики ООИ генодиагностика с использованием амплификационных технологий отличается высокой чувствительностью и позволяет выявлять ДНК вегетативных и спорных форм микроорганизмов в биологическом материале и объектах внешней среды.

Литература:

1. Глик Б., Пастернак Дж. Молекулярная биотехнология. Принципы и применение. Пер. с англ. — М.: Мир, 2002. — 589 с.

2. Патрушев Л. И. Искусственные генетические системы. — М.: Наука, 2005. — В 2 т. — С. 96-104.

3. Щелкунов С. Н. Генетическая инженерия. — Новосибирск: Сиб. унив. изд-во, 2004. — 496 с.

4. Saiki R. K., Gelfand D. H., Stoffel S., Scharf S. J., Higuchi R., Horn G. T., Mullis K. B., Erlich. H. A. Primer-Directed Enzymatic Amplification of DNA with a Thermostable DNA Polymerase. in: Science, 1998. P. 487—491.

УДК 641.562+ 613.292

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

С. К. Касымбекова

РГКП «ВКО ЦСЭЭ» КГСЭН МЗ РК, г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье дана характеристика правильной организации питания детей в детских дошкольных учреждениях, где в настоящее время воспитывается более половина всех детей дошкольного возраста, а во многих крупных городах и промышленных центрах - практически все дети старше 1,5-2-х лет. Большинство детей находятся в дошкольном учреждении на продленном дне, в течение 12-14-ти часов, некоторые из них - на круглосуточном пребывании, и питание их, почти полностью в течение нескольких лет обеспечивается дошкольными учреждениями. Правильная организация питания позволяет поддерживать и укреплять здоровье, а нарушение, как это, к сожалению, чаще всего и бывает в современном мире, ведет к возникновению многих патологических состояний и заболеваний.

Тұжырым

Мектептік мекемелердегі бала қоректенуінің ұйымы

Үлкен 1,5-2-ші жылдар түгелдей дерлік балалар мектепке дейінгі жастың барлық балаларын жарты дәл қазір көп тәрбие алған бала мектептік мекемелеріндегі балалардың қоректенудің дұрыс ұйымының мінездемесінің Дағаның бабында көпшілігінде ірі қалалар және өнеркәсіптік орталықтар. Балалардың көпшілігі ұзартылған түпте, ағымында 12-14-ші сағат, кейбіреулер мектептік мекемеде болады - тәулік бойы болуда, және қоректену оларды, мектептік мекемелермен толық бірнеше жылдар ағымында қамтамасыз етілейін деп қалдиды. Қоректенудің дұрыс ұйымы денсаулық қостап марқалануға мүмкіндік береді, бұл бұзушылық өкінішке орай жиірек және қазіргі әлемде болады, көп патологиялық күйлер және ауруларды пайда болуға бағытталды.

Summary

The baby food organization in preschool centres

In article the characteristic of correct catering services of children in preschool institutions where more than half of all children of preschool age now is brought up is given, and in many big cities and industrial centers - almost all children are more senior 1,5-2th years. The majority of children there are in preschool center at the prolonged bottom, within 12-14 hours, some of them - on round-the-clock stay, and their food, almost completely within several years is provided with preschool centers. Correct catering services allow to support and strengthen health, and infringement as it, unfortunately, and happens more often in the modern world, conduct to occurrence of many pathological conditions and diseases.

Среди многих факторов внешней среды, постоянно воздействующих на детский организм и оказывающих влияние на рост, развитие и формирование его устойчивости, питанию принадлежит ведущая роль.

Соблюдение основного закона рационального питания - пища по своему количеству и качеству должна соответствовать потребностям растущего организма - обеспечивает усвоение пищевых веществ, положитель-

ный азотистый баланс и преобладание процессов синтеза над процессами распада.

Закон сбалансированного питания предусматривает постоянное снабжение организма необходимым количеством белка, энергии и другими незаменимыми питательными веществами, каждому из которых принадлежит своя специфическая роль в обмене веществ. При этом обращается внимание на полное удовлетворение потребности не только в основных пищевых веществах - белках, жирах и углеводах, но и в целом ряде компонентов, которые не синтезируются в самом организме, но совершенно необходимы для правильного обмена веществ. К этим веществам относятся незаменимые аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, витамины, минеральные вещества и микроэлементы [1].

Следует, однако, подчеркнуть, что при всей важности основных и незаменимых пищевых веществ для правильного течения обменных процессов их избыток в питании, как и недостаток, вреден для организма человека, особенно для детей. Различные отклонения в питании от возрастной нормы относятся к факторам риска, так как могут привести к возникновению ряда

заболеваний, таких, как ожирение, диабет, болезни опорно-двигательного аппарата, атеросклероз и др.

Особенно опасны нарушения состава питания в раннем возрасте. Их последствия могут сказаться как на физическом, так и на умственном развитии. Недостатки в организации питания детей наблюдаются и в практике работы детских учреждений, и в домашних условиях.

Организация рационального питания детей, т. е. обеспечение их пищей, по количеству и качеству соответствующей возрастным потребностям организма, — важный участок в работе детского учреждения. Пища должна быть разнообразной, хорошо приготовленной, содержать все необходимые для роста и развития детского организма вещества, распределяться в соответствии с режимом дня детского учреждения.

Кроме того, необходимо постоянно стремиться к сохранению в рационе детей оптимальных количеств белков, жиров, углеводов и правильному их соотношению, не допуская нарушений даже в отдельные дни. В таблице 1 дана характеристика суточной потребности основных ингредиентов пищи.

Таблица 1 - Суточная потребность основных ингредиентов пищи.

Возраст	Белки	Жиры	Углеводы	Калории
1-1,5	48	48	192	1480
2-3	53	55	212	1600
3-5	65-68	65-68	260-270	1800
5-7	70-72	70-72	280-290	2000

К сожалению, в организации рационального питания в практике детских коллективов и лечебно-оздоровительных учреждений допускается немало ошибок. Главный и наиболее частый недостаток в организации питания детей - заниженное содержание белков животного происхождения и незаменимых аминокислот в рационе. Объясняется это нерациональным подбором продуктов в меню (как правило, на завтраки) и незнанием их химического состава.

Часто стоимость выписываемых меню продуктов не увязывается с их биологической ценностью. Так, в рационах питания мало используются недорогие, но высокой биологической ценности продукты: печень, почки, творог, фасоль, горох, овсяная крупа, пшеничные отруби, дрожжи и т. д.

Не всегда правильно используется растительное масло, которое в рационы питания включается не ежедневно (в основном для жарки). Это лишает ребенка важных в физиологическом отношении полиненасыщенных жирных кислот. Наряду с хлебом, сахаром, сливочным маслом и молоком растительное масло должно стать продуктом ежедневного потребления в необходимом определенному возрасту количестве. Большая часть растительного масла должна потребляться в натуральном виде.

Нередки случаи, когда в разгар летнего и осеннего сезонов в меню включается мало свежих овощей и фруктов. Это обедняет рацион питания минеральными веществами, микроэлементами и натуральными витаминами.

Ошибкой в организации питания детских учреждений типа ясли-сад (детские комбинаты) является недифференцированный подход к выписке продуктов для меню разных возрастных групп детей (таблица 2).

В детских комбинатах большинство блюд готовят в одном котле для детей раннего и дошкольного возраста.

Это возможно. Однако нельзя допускать, чтобы в меню-раскладке на одно и то же блюдо для младшего и старшего дошкольного возраста выписывалось равное количество продуктов. Это ведет к несоответствию состава питания физиологическим нормам потребности в пищевых веществах детей разных возрастов. Случается, что дети раннего возраста получают белка больше своей физиологической потребности, а дети старших групп испытывают недостаток в нем.

Лабораторные исследования, проводимые санэпидстанциями, нередко выявляют отклонения и в калорийности - как в сторону превышения допустимых норм, так и занижения их. Если учет продуктов, идущих на питание детей, не ведется отдельно для детей по возрастам, то и химический состав рационов подсчитать за какой-то отрезок времени невозможно.

В этом случае врач не знает, в какой мере удовлетворяются потребности детей в пищевых веществах. При сложившейся практике ретроспективного контроля за питанием в детских учреждениях подсчитывают калорийность 1-2 раза в месяц за какой-нибудь произвольно выбранный прошедший день, поэтому ежедневные нарушения остаются незамеченными.

Качество питания детей зависит от многих факторов: правильной закладки продуктов при изготовлении блюд, соблюдения правил кулинарной обработки, правильного порционирования при раздаче. Качественный состав детского питания зависит от профессиональной грамотности и добросовестности работников пищеблока.

Основные причины, ведущие к отклонениям в составе и калорийности питания:

1. Нерациональное составление меню-раскладок.
2. Несоблюдение установленного выхода блюд.
3. Неправильное порционирование готовых блюд.

4. Незнание сортности, категории продуктов, процента отходов.

5. Низкое качество овощей и других продуктов.

6. Несоблюдение меню-раскладки при закладке продуктов в каждое блюдо. Например, закладка картофеля или масла в первые и вторые блюда «на глаз» может привести к отклонениям калорийности даже в

случае полного вложения продуктов в целом на обед или другой прием пищи.

7. Выписка равного количества продуктов для детей раннего и дошкольного возраста при разном выходе блюд. В этом случае даже без анализа можно сказать, что калорийность питания детей ясельной группы значительно занижается.

Таблица 2 - Нормы питания детей в детских яслях, садах, яслях-садах и санаторных дошкольных учреждениях (граммов в день на одного ребенка)

Продукт	Возраст детей в учреждениях с длительностью пребывания (час)					Возраст детей в санаторных дошкольных учреждениях	
	до 3-х лет		от 3-х до 7-ми лет			до 3-х лет	от 3-х до 7-ми лет
	9 – 10,5	12 – 24	9 – 10,5	12	24		
1	2	3	4	5	6	7	8
Хлеб пшеничный	55	60	60	110	110	70	110
Хлеб ржаной	25	30	40	60	60	30	60
Мука пшеничная	16	16	20	25	25	16	25
Мука картофельная	3	3	3	3	3	3	3
Крупы, бобовые, макаронные изделия	20	30	30	45	45	35	45
Картофель	120	150	190	220	220	150	250
Овощи разные	180	200	200	250	250	300	300
Фрукты свежие	90	130	60	60	150	250	350
Фрукты сухие	10	10	10	10	15	15	15
Кондитерские изделия	4	7	10	10	10	10	15
Сахар	35	50	45	55	55	50	60
Масло сливочное	12	17	20	23	25	30	35
Масло растительное	5	6	7	9	9	6	10
Яйца (штук)	0,25	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Молоко	500	600	420	500	500	700	700
Творог	40	50	40	40	50	50	75
Мясо	60	85	100	100	100	120	160
Рыба	20	25	45	50	50	25	70
Сметана	5	5	5	10	15	20	25
Сыр	3	3	5	5	5	10	10
Чай	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Кофейный напиток	1	1	2	2	2	1	2
Соль	2	2	5	5	8	5	8
Дрожжи	1	1	1	1	1	1	1

Контроль за питанием начинается с момента составления меню и продолжается на всех этапах приготовления пищи. Он проводится на месте ежедневно и включает анализ питания на физиологическую полноценность при составлении меню-раскладки экспрессным методом, контроль за качеством продуктов, поступающих в детское учреждение, соблюдением норм вложения продуктов и выходом блюд, технологией приготовления, качеством приготовляемой пищи и ее раздачей в группы.

Более углубленный контроль питания на сбалансированность производится ежемесячно по средневзвешенным наборам продуктов отдельно по возрастным группам. Периодически питание в детском учреждении подвергается контролю со стороны проверяющих организаций, и, в первую очередь, санитарно-эпидемиологических станций.

Контроль за технологией приготовления пищи и правильностью кулинарной обработки продуктов при

изготовлении блюд, от которой зависит сохранность пищевых веществ, в том числе витаминов и минеральных солей в готовой пище, а также вкусовые качества, осуществляет медицинская сестра.

Она определяет, как и за сколько времени до закладки производится очистка овощей, как они моются, хранятся до варки, накрываются ли кастрюли крышками во время варки, следит за температурой нагрева, чтобы пища готовилась строго по рецептуре, не переваривалась и не пережаривалась и в то же время была доведена до готовности, а изделия из мясного фарша и рыбы подвергались двухэтапной тепловой обработке: жарению в жире на плите в течение 10 минут, затем 10 минут в духовом шкафу при температуре 220—250 °С. Медсестра следит за тем, чтобы при заправке блюд и приготовлении пищи такие продукты, как молоко, творог, сметана, использовались только после термической обработки.

Контроль за доброкачественностью готовой пищи осуществляется на всех стадиях ее приготовления и заканчивается снятием проб. Ведущая роль здесь принадлежит органолептическому методу анализа, методика проведения которого описана ниже.

Пробы снимаются по каждому блюду. Результаты со всеми замечаниями должны фиксироваться в бракеражном журнале в каждый прием пищи (завтрак, обед и т.д.) по всем блюдам. Только после этого медработник разрешает выдать пищу в группу.

Обнаружив недостатки, медработник должен принять срочные меры по их устранению. Если дефекты устранить немедленно невозможно, нужно, разобравшись в причинах, предотвратить их в дальнейшем. В сложных случаях пробы блюду с раскладкой на них направляют в лабораторию СЭС.

Кроме того, в соответствии с санитарными правилами устройства и содержания детских дошкольных учреждений ежедневно должна составляться суточная проба готовой пищи. Отбор и хранение суточных проб находится под постоянным контролем медицинских работников. Пробу отбирают в стерильную стеклянную посуду с крышкой и хранят в специально отведенном месте в холодильнике при температуре 6-8°.

Под органолептической оценкой качества пищевых продуктов и приготовленных блюд понимают определение таких показателей, как внешний вид, вкус, аромат, цвет, консистенция, которые в значительной степени характеризуют качество пищи. Преимуществом органолептического метода оценки качества продуктов и кулинарных изделий является быстрота проведения анализа пищи, а также возможность применения этого метода в любом месте.

При снятии пробы необходимо соблюдать определенную предосторожность: не проводить пробы сырых продуктов, если они не применяются в сыром виде; при обнаружении признаков разложения, а также подозрении на то, что данный продукт был причиной пищевого отравления или заражения.

Органолептическую оценку начинают с внешнего осмотра образцов пищи. Осмотр производят при дневном свете. Вкус и запах пищи устанавливают при характерной для нее температуре: холодных и сладких блюд – 12-14 °Q первых блюд - при 70-75°, вторых - 60-65°, горячих напитков - при 70-75°. Первыми пробуют блюда с менее выраженными вкусовыми свойствами. Проводящий органолептическую оценку пищи должен быть в меру сыт.

Запахи оценивают до определения вкуса пищи. Блюда с резким запахом следует исследовать в последнюю очередь. Тот или иной запах может определяться, как чистый, свежий, ароматный, пряный, молочнокислый, кислый, пригорелый, гнилостный, кормовой, болотный, илистый или специфический — седлочный, чесночный, мятный, ванильный, нефтепродуктов и т. д.

Запах - особенно важный качественный показатель. Скорость реакции на раздражение обонятельных нервов составляет 0,5 секунд. Поэтому нельзя доверяться мгновенному впечатлению. Необходимо произвести энергичный, сильный и короткий вдох, затем задержать дыхание на 2 — 3 секунды и выдохнуть. Лучше всего запах ощущается при затаенном дыхании. С помощью обоняния можно установить тончай-

шие изменения в запахе пищевых продуктов, особенно мяса и рыбы, связанные с начальными явлениями порчи, когда другими способами эти изменения установить не удается.

Консистенцию продукта, его жесткость, сочность и нежность определяют в процессе прожевывания пищи. Тогда же определяют маслянистость, клейкость, мучнистость, мягкость, прилипаемость, крупнозернистость, рассыпчатость и т. д.

Основными вкусовыми ощущениями человека можно считать ощущение кислого, сладкого, соленого, горького. Наибольшей чувствительностью к сладкому и соленому обладает кончик языка, к горькому — область его корня, к кислому чувствительны края языка.

Максимум чувствительности к сладкому достигается при температуре 37°С, а при 50° она исчезает. Для соленого оптимум лежит в пределах 18°С, для горького — при 10°. При 0°С все вкусовые ощущения резко ослабевают, поэтому рекомендуется устанавливать вкус пищи при температуре 20-40°С.

Для возникновения вкусового ощущения требуется определенное время с момента попадания вещества в рот. Наиболее быстрая реакция возникает на соленое, затем на сладкое, далее на кислое и, наконец, на горькое. Вот почему для определения горечи необходимо подать языком пищу к корню языка и выждать несколько секунд.

Анализ питания на калорийность и вложение проводится регулярно в порядке контроля органами санэпидслужбы. Руководители детских учреждений и медработники должны уметь читать его.

Таким образом, среди множества факторов, имеющих особое значение для формирования, сохранения и укрепления здоровья детей и подростков, главным является питание. Качество питания обеспечивает нормальный рост и развитие организма, способствует профилактике различных заболеваний и создает условия для адекватной адаптации к окружающей среде. Установлено, что характер питания в раннем детстве накладывает отпечаток на дальнейшее развитие и состояние здоровья человека, так как именно в этом возрасте формируется определенный стереотип питания и закладываются типологические особенности метаболизма взрослого.

Приоритетной задачей органов и учреждений, осуществляющих госсаннадзор, является систематическое изучение и контроль фактического питания детей и подростков. Анализ фактического питания позволяет внести своевременные коррективы в случае отклонений от требований рационального питания, выявить и устранить начальные признаки нарушений здоровья, связанные с неадекватным поступлением пищевых веществ и тем самым предотвратить возможность алиментарных болезней.

Литература:

1. Кучма, В. Р. Гигиена детей и подростков : Учеб. / В. Р. Кучма. - М. Медицина, 2003. - 384 с.
2. Пивоваров, Ю. П. Гигиена и основы экологии человека: Учеб. для студ. мед. учеб. заведений / Ю. П. Пивоваров, В. В. Королик, Л. С. Зиневич ; под ред. Ю. П. Пивоварова. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 528 с.

УДК 616.24-002.5+612.121

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В МОДУЛЯЦИИ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Р. С. Игембаева, К. С. Игембаева, Н. Т. Жаксылыкова, Г. Д. Раимова,
Г.К. Кабышева, Б.Т. Туйебаева, А. Зарипова

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

Өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың қанындағы лимфоциттердің мөлшерінің өзгеруіне цитокиндердің ететін әсері

Инфильтративті өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың лейкоциттер саны көбейеді, ал лимфоциттер саны азаяды. Инфильтративті өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың қанында ИЛ-12 деңгейі көбейеді, ал ИФН- γ деңгейі азаяды. Осы науқастардың қанындағы CD8 $^{+}$ және CD16 $^{+}$ деңгейі көбейеді, ал CD3 $^{+}$ и CD4 $^{+}$ - лимфоциттер саны азаяды. Сонымен өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың қанындағы лимфоциттер санының өзгеруі (көбеюі немесе азаюы) ИЛ-12 және ИФН- γ түзетін лимфатикалық клеткалардың цитокиндер түзу мүмкіндігінің азаюына байланысты.

Summary

Role of cytokines in the modulation of lymphocytic in blood of patients with pulmonary tuberculosis

Patient's infiltrative tuberculosis develops lymphocytopeny on a background expressed leucocytosis. Together with it without dependence from medicinal sensitivity mycobacterium to preparation against of tuberculosis at patients infiltrative the pulmonary tuberculosis marks decrease in quantity CD3 $^{+}$ and CD4 $^{+}$ - lymphocytes at simultaneous increase in number CD8 $^{+}$ and CD16 $^{+}$ - cells on a background insufficient basal production IFN- γ and, on the contrary, raised spontaneous production IL - 12. Thus an exhaustion of reserve opportunities of lymphatic cells to develop T-activated of cytokines (IL - 12, IFN - γ) is the factor disbalans subpopulations structure lymphocytes peripheral blood at a pulmonary tuberculosis.

Туберкулез остается наиболее распространенной инфекцией в мире, несмотря на успехи современной фармакологии. Важную роль в борьбе с болезнетворными бактериями играют альвеолярные макрофаги и различные субпопуляции Т-лимфоцитов, которые осуществляют регуляцию фагоцитоза и лизиса микобактерий макрофагами, формирование специфического противотуберкулезного иммунитета. Научное исследование роли Т-лимфоцитов в противотуберкулезном иммунитете связано с их способностью синтезировать иммуноцитокнины, с которыми связывают развитие клеточных механизмов защиты при туберкулезе. Особого внимания в данном случае заслуживают интерлейкин (ИЛ)-12 и интерферон (ИФН) γ , механизм взаимной регуляции синтеза, которых основан на стимуляции пролиферации Т-хелперов 1-го типа (Th1), способных в условиях активации антигеном продуцировать ИФН- γ , индуцирующий каскад последовательных реакций, включающий секрецию ИЛ-12 макрофагами и В-клетками с последующей ИЛ-12 – опосредованной активацией интактных Th1-клеток и продукцией ими ИФН γ (1-3).

Целью настоящего исследования являлась оценка роли ИЛ-12 и ИФН- γ в модуляции CD-популяционного состава лимфоцитов периферической крови при инфильтративном лекарственно-чувствительном и резистентном к терапии туберкулезе легких.

Материалы и методы.

Материалом служило 30 пациентов (25 мужчин и 5 женщин) в возрасте 20-60 лет, страдающих инфильтративным туберкулезом легких. Диагноз туберкулеза легких ставили на основании клинических, рентгенологических, бактериологических исследований мокроты, а также иммунологические исследования крови больных туберкулезом легких.

Результаты и обсуждение.

Были сформированы 2 группы обследованных лиц: 1-ю группу составили 15 пациентов, выделяющих МБТ, чувствительные к основным противотуберкулезным препаратам (ПТП), во 2-ю группу вошло 15 больных, выделяющих МБТ с первичной множественной лекарственной устойчивостью одновременно к изониазиду, рифампицину и стрептомицину. Контрольную группу

составили 15 здоровых доноров аналогичного пола и возраста.

У больных с различными вариантами инфильтративного туберкулеза легких не было выявлено статистически значимых различий показателей белой крови, поэтому больные были объединены в одну группу.

При исследовании количественных показателей белой крови у больных инфильтративным туберкулезом легких до начала специфической химиотерапии было выявлено выраженное повышение общего количества лейкоцитов на фоне снижения относительного числа лимфоцитов в периферической крови в среднем в 1,6 раза по сравнению с донорами: содержание лимфоцитов в процентах у здоровых составило 34,94 \pm 1,75 против 22,44 \pm 1,47 у больных инфильтративным туберкулезом легких. При изучении CD-популяционного состава лимфоцитов периферической крови у больных инфильтративным туберкулезом легких нами было установлено выраженное снижение (по сравнению с контрольными значениями) относительного числа CD3 $^{+}$ - и CD4 $^{+}$ -лимфоцитов, а также повышение уровня CD8 $^{-}$, CD-16-позитивных клеток: у здоровых CD4-44,88 \pm 1,75, а у больных – 33,36 \pm 3,01 и у здоровых CD8-25,44 \pm 1,52, а у больных 33,32 \pm 2,59; у здоровых CD3-75,22 \pm 1,68, а у больных CD3-47,72 \pm 0,39; у здоровых CD16 – 6,33 \pm 0,60, а у больных CD16-27,28 \pm 2,81. Наиболее важным свойством CD8 $^{+}$ и CD16 $^{+}$ -лимфоцитов является их способность к синтезу ряда цитокинов, важнейшими из которых являются ИФН α , β , γ и фактор некроза опухоли (ФНО α , β). Таким образом, выявленное нами увеличение популяции CD8 $^{-}$ и CD16 $^{-}$ позитивных лимфоцитов у больных туберкулезом можно рассматривать как одну из компенсаторных реакций, направленных на элиминацию возбудителя и поддержание цитокинового гомеостаза организма. Между тем, при исследовании параметров секреции цитокинов лимфоцитами были обнаружены выраженные отклонения от нормы. Так у больных инфильтративным туберкулезом легких в острый период заболевания отмечалось выраженное увеличение спонтанной продукции ИЛ-12: в 1,4 раза больше контрольных значений при лекарственно-чувствительном и в 3 раза – при лекарственно-

устойчивом туберкулезе легких. Уровень продукции ИЛ-12 в культуре лимфоцитов периферической крови у здоровых и больных туберкулезом легких: концентрация ИЛ-12 в пг/мл составил у здоровых доноров – $108,79 \pm 29,12$, у больных с лекарственно-чувствительным туберкулезом легких – $160,60 \pm 12,20$ ($P=0,001$), а больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких – $352,48 \pm 23,66$ ($p=0,008$). Доказано, что защитные эффекты ИЛ-12 опосредованы ИФН- γ - зависимыми механизмами. В пользу этого, в частности, свидетельствует тот факт, что у больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких уровень продукции ИФН- γ (при активации клеток белком) и секреции ИЛ-12 (белкостимулированной и базальной) был существенно выше, чем при сохраненной чувствительности возбудителя к химиопрепаратам. Известно также, что ИФН- γ является одним из основных индукторов макрофагов, в результате чего возрастает их фагоцитарная и микробицидная активность, усиливаются мембранные процессы, биосинтез оксида азота (NO) и кислородных радикалов, проявляются антигенпрезентирующая функция, а также способность секретировать белки системы комплемента и цитокины. Кроме этого, ИФН- γ повышает цитотоксичность Т-клеток и активирует натуральные киллеры, в результате чего усиливаются апоптоз и цитоллиз клеток-мишеней.

Выводы.

Таким образом, полученные нами данные позволяют заключить, что в острый период заболевания у больных инфильтративным туберкулезом развивается лимфоцитопения на фоне выраженного лейкоцитоза. Вместе с этим вне зависимости от лекарственной чувствительности микобактерий к ПТП у больных инфильтративным туберкулезом легких отмечается снижение количества CD3 $^+$ и CD4 $^+$ - лимфоцитов при одновременном увеличении численности CD8 $^+$ и CD16 $^+$ - клеток на фоне недостаточной базальной продукции ИФН- γ и, напротив, повышенной спонтанной продукции ИЛ-12. При этом истощение резервных возможностей лимфатических клеток вырабатывать Т-активирующие цитокины (ИЛ-12, ИФН- γ) является фактором дисбаланса субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови при туберкулезе легких.

Литература:

1. Кашкин К.П. Цитокины иммунной системы: основные свойства и иммунобиологическая активность // Клиническая лабораторная диагностика.-1998.-№11.-с.21-32
2. Литвинов В.И., Апт А.С., Еремеев В.В. и др. Иммунология и иммуногенетика // Фтизиатрия. Национальное руководство под ред. М.И. Перельмана. Москва.-2007.-с. 105-111
3. Хайдуков С.В., Зурочка А.В. Вопросы современной проточной цитометрии. Клиническое применение // Челябинск.-2008.-196с.

УДК 616.24-002.5-616-097

АДАМНЫҢ ҚОРҒАНЫШ ТАПШЫЛЫҒЫ ҚОЗДЫРҒЫШ ЖҰҚПАСЫ МЕН ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫ

С. Б. Иманғазинов, А. И. Айдарханова, Қ. М. Баймуханова, Г. К. Мухамеджанова

Семей мемлекеттік медицина университеті,
Павлодар облыстық ЖҚТБ орталығы

Резюме

Заболееваемость ВИЧ-инфекцией и туберкулезом

Среди оппортунистических инфекций туберкулез плюс ВИЧ-инфекция занимает первое место и составляет 18,9% среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. Причиной смертности среди ВИЧ-инфицированных является туберкулез (47,2%).

Summary

HIV-infection and tuberculosis sickness rate

Tuberculosis with HIV-infection is on the first place among opportunistic infections, it is 18,5% among registered HIV-infection cases. The cause of mortality among people living with HIV is tuberculosis (47,2).

Дүниежүзінде туберкулезге қатысты эпидемиологиялық жағдайдың басты мәселеге айналуы адамның қорғаныш тапшылығы қоздырғыш (АҚТҚ) жұқпасы пандемиясының тез таратылуымен байланысты. Туберкулез жұқтыруының жоғары дәрежесі және ондай ортадағы АҚТҚ жұқпасының тез таратылуы осындай инфекциялар жиынтығын болжау бізге әбден қолайлы емес. Қазақстанда АҚТҚ мен туберкулез аурулардың эпидемиялық жағдайы бүкіл адамдардың денсаулығына қауіп төндіріп, Республикада әлі де басты мәселелердің бірі болып жатыр.

1987-1996 жылдары республика аймағында инфекцияның тарылуы қарқынды баяу жүрсе, 1996 жылдың екінші жартысынан бастап, бұл процесс эпидемиологиялық сипатта алды. Сол сияқты, 90-жылдардың ортасынан бастап, республика бойынша ауырып жатқан адамдар саны мен өлім жағдайлары өсіп жатыр.

Қазақстан туберкулезбен ауырған адамдар саны ТМД елдерінде алдыңғы орындардың қатарында тұр. Сондықтан, АҚТҚ жұқпасы эпидемиологиялық қарқынның қалыптастыруына өзінің тузетулерін жасай алады және туберкулезге қарсы өткізілген шаралардың тиімділігін төмендетеді. Қазіргі уақытта АҚТҚ және туберкулез жұқпалардың жиынтығы мәселелерінің көтерілуі, АҚТҚ жұқпасы ағымының қиындылығын терендетіп, ЖҚТБ кезеңінің төмендеуін тездетеді, сонымен қатар АҚТҚ-мен ауыратын адамдардың өмірін қысқартады.

ЖҚТБ-ның алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі Павлодар облыстық орталығының Ақсу қаласындағы филиалының ақпараттары бойынша берілген мәліметтердің мақсаты туберкулез және АҚТҚ жұқпалар талдауларының таралуы және өлім жағдайлары.

Ақсу қаласы бойынша АҚТҚ инфекциясын жұқтырған адамдардың тіркелуі 2001 жылдан басталды. Екі аурудың жиынтық жағдайлары да 2001

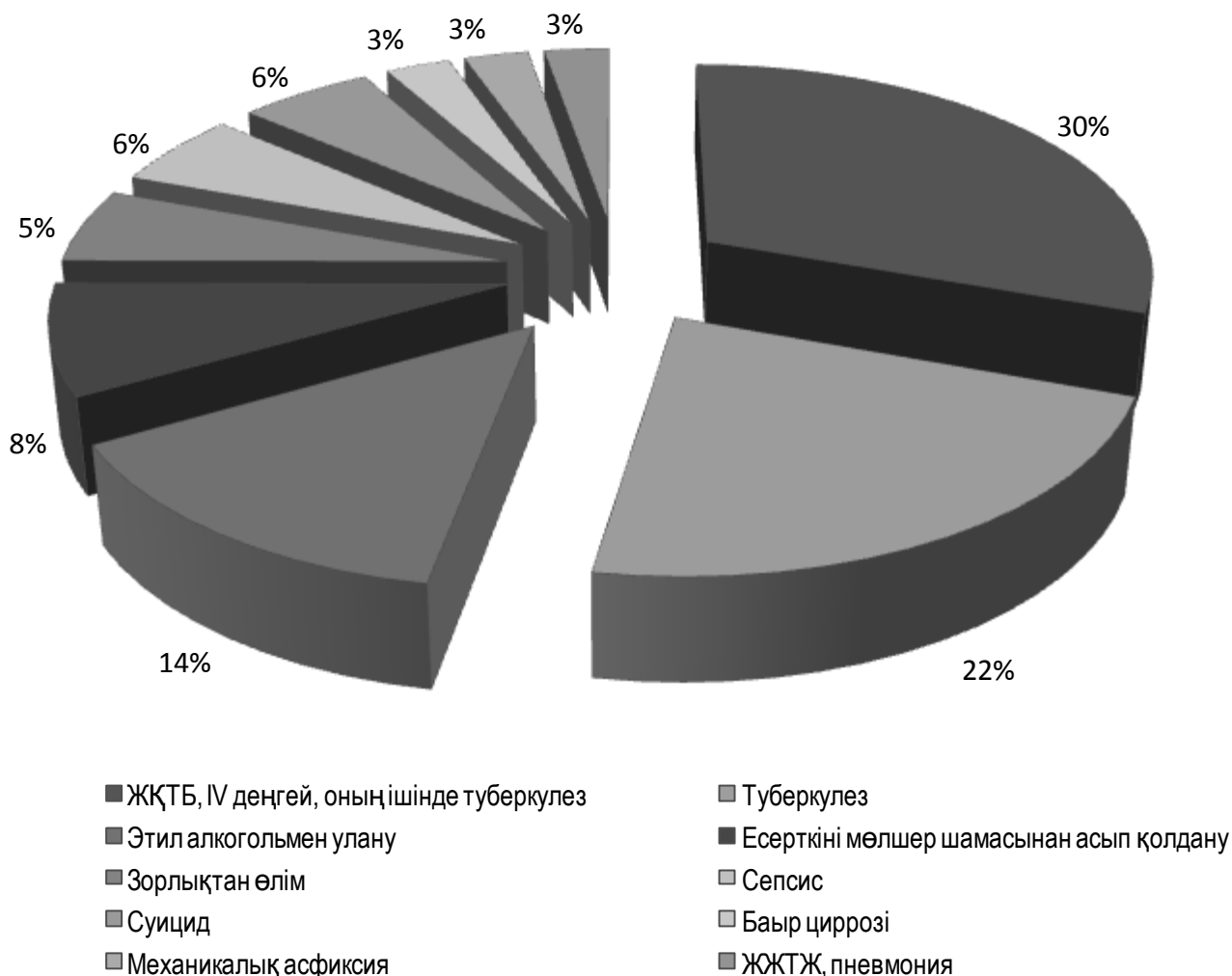
жылдан бастап тіркелді. Қазіргі кезде, жиынтық аурулардың тіркелу саны мен туберкулезден қайтқан адамдардың саны өсіп жатыр. Егер 2001 жылда 4 жиынтық ауруы, туберкулезден 1 өлім жағдайы тіркелген болса, 2008 жылы 12 жиынтық ауруы мен туберкулезден 10 өлім-жітім жағдайлары тіркелді.

АҚТҚ және туберкулез екеуінің жиындығы екі аурудың кезеңін өзгертеді, АҚТҚ инфекциясымен бірге өтетін туберкулез диагностикасы белгілі бір қиындықтарды туғызады. Біріншіден, туберкулезді ерте анықтаудың қиындығымен бірге өтетін туберкулездің негізгі клиникалық көріністері, тұрақты немесе тұрақты емес қалтырау, ұзақ жөтел, арықтау, диарея болып

табылады. АҚТҚ-ның алғашқы кезеңінде өкпе туберкулезі локальді қоздырумен, аз клиникалық белгілерімен өтеді, ал соңғы кезіңі өкпенің жалпы қоздыруымен, интоксикациямен, процестің нашарлануымен белгіленеді.

Туберкулез ауруы және ЖҚТБ-ның жиынтығы АҚТҚ жұқтырғандардың арасында өлімге әкелудің ең басты себебі. Павлодар облысының Ақсу қаласында 2009 жылдың 1 қаңтарында 36 өлім тіркелді, олардың арасында IV деңгейде (ЖҚТБ-дан) – 11 (30,5%) адам, оның ішінде туберкулез ауруының ағзасында жалпылаған түрі 9 (25%) адам паталогоанатомиялық диагнозымен тіркелінген.

АҚТҚ жұқпасынан өлім жағдайларының құрылымы



АҚТҚ жұқтырған себептері: екінші орында туберкулез ауруы – 8 жағдайда (22,2%). 47,2% жағдайдың өлім себепкері туберкулез ауруы болып табылады.

Қорытынды:

1. Оппортунистық инфекциялардың ішінде туберкулез АҚТҚ жұқпасымен байланысты бірінші орынды алып және 18,9% АҚТҚ жұқпасы бар жалпы тіркелгендерден құралады.

2. (47,2%) туберкулез АҚТҚ жұқпасы бар адамдар өлімінің негізгі себептерінің бірі болып табылады.

Әдебиеттер:

1. Сапарбеков М.К. ВИЧ-инфекция (эпидемиологические и социальные аспекты). Алматы, 2008.
2. Фесенко Ф.Ф., Имангазинов С.Б. ВИЧ/СПИД. Павлодарские Аспекты. Павлодар, 2003.
3. Ганина Л.Ю., Елизарьева А.П. Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2009 год в Республике Казахстан. Алматы, 2010.

УДК 616-097

АҚСУ ҚАЛАСЫНЫҢ АДАМНЫҢ ҚОРҒАНЫШ ТАПШЫЛЫҒЫ ҚОЗДЫРҒЫШ ЖҰҚПАЛЫ АУРУМЕН СЫРҚАТТАНУЛАРЫНА ТАЛДАУ

С. Б. Иманғазинов, А. И. Айдарханова, Қ. М. Баймуханова, Г. К. Мухамеджанова

**Семей мемлекеттік медицина университеті,
Павлодар облыстық ЖҚТБ орталығы**

Резюме

Анализ заболеваемости ВИЧ-инфекции по городу Аксу

В Аксуском регионе отмечается снижение показателей заболеваемости ВИЧ-инфекции. В динамике наблюдается увеличение числа случаев ВИЧ-инфекции, где заражение произошло половым путем с 2,4% (2001 г.) до 61,5% (2006г.), одновременно увеличивается число женщин с 8,5% (2001г.) до 36,4% (2010г.), вовлеченных в эпидемиологический процесс.

Summary

Analysis of the incidence of HIV infection in the city of Aksu

Decrease of sickness rate with HIV-infection is registered. It is observed the increase of cases where HIV-infection was sexually transmitted (from 2.4% in 2001 to 61.5% in 2006). At the same time the number of women involved in epidemiological process is increased from 8.5% in 2001 to 36.4% in 2010.

Осы таңда, яғни 2011 жылдың қаңтар айының 01 жұлдызында үдейе өсу нәтижесінде Аксу қаласы бойынша адамның қорғаныш тапшылығы қоздырғыш (АҚТҚ) ауруын жұқтырып алған 212 оқиға тіркелді, оның 52-і қайтыс болды, 100 мың тұрғынға 236,4 қарқынды көрсеткіш бойынша құрастырылды. ЖҚТБ-сымен оқиға 23 адам тіркелді, оның ішінде 20 адам қайтыс болды (1 сурет).

АҚТҚ эпидемиясы жастар арасында көп тараған: 20-29 жастағы ересектердің АҚТҚ жұқпасымен сырқаттанушы көрсеткіші 56%-ды көрсетеді.

2001-2010 жылдар аралығында АҚТҚ/ЖҚТБ сырқаттану құрылымында өзгерістер байқалады.

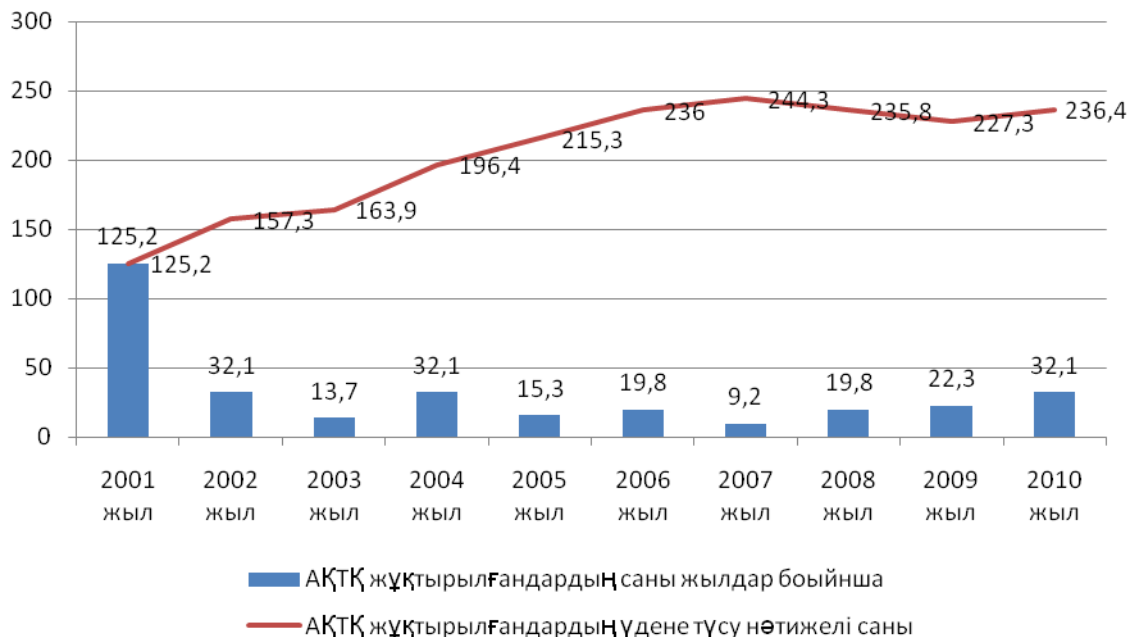
Жалпы, Аксу қаласында АҚТҚ ауруы, инъекциялық есіркені стерилизациядан өтпеген құралдамен қабылдағандықтан, шприцтан жұғадығы ең басым жол ине арқылы болып саналады. Сонымен, 01.01.2011 ж.

стерилизациядан өтпеген құралдар арқылы жұқтырған сырқаттанушылар көрсеткіші 67,5% болды.

Әлеуметтік және экономиялық факторлар (Таяу Шығыстан Ресейге есіртке тасымалдау, транзит жолындағы облыс орталығын алуға болады) Аксу қаласындағы нашақорларды есірткемен қамтамасыз етуге түрткі болды. Үдейе өсу қорытындысы бойынша АҚТҚ жұқпасын жұқтырған адамдардың 72,2%-ы жұмыссыз және іссіз адамдар екені тіркелді.

Алдыңғы саунамалардың себеп құрылымдарын қорытындылай келіп, белгілердік нашақорлар арасында 27,8% (102 код), АҚТҚ сырқаттанушыларымен қатынаста болған нашақорлар арасында 12% (101.2 код) оқиға тіркелді. Олардың ішінде көрсетілген код бойынша 80% 2001 жылда оқиға тіркелген.

1 сурет. Аксу қала тұрғындарының арасында 2001-2010 жылдар аралығындағы



Сурет - Адамның қорғаныш тапшылығы қоздырғыш ауруымен сырқаттанушылардың динамикалық көрсеткіші

Кейінгі жылдары себеп құрылымдары алғашқы саунамалардан өзгерді: клиникалық көрсеткітері бойынша 11,3% оқиға тіркелді, анонимдік жолмен

тексерілгендер (5,2%), жүкті әйелдер (6,6%), донорлар (1,4%).

Егер, 2001 жылда АҚТҚ жұқпасымен қатынаста болған нашақорлық арасында (18%) тіркелсе, келесі жылдары өткенсайын бұндай оқиғалар кездеспенген емес. Жаңадан тіркелген оқиғалар нашақорлық арасында, АҚТҚ ауруын стерилизациядан өтпеген құралдар арқылы жұқтыру көрсеткіші 2001-2006 жылдар аралығында, он алты бағанға төмндеді (80-нен 5 кезең). Бірақта, кейінгі кезде АҚТҚ ауруын жыныстық қарым қатынас жасағанда сақтанбағаннан жұқтырады (2010 жылы – 27,4% оқиға).

Бұның бәрі бір ойға келіп тіреледі, яғни адамдар арасында АҚТҚ ауруын стерилизациядан өтпеген құралдармен қолдағандықтан жұқтырып алу деңгейі қанығу нүктесіне жетті.

212 адамның 147 ер адам (69,3%), 65 әйел адам (30,7%) АҚТҚ сырқатымен ауырады. 2001 жылда тіркілген әйелдер саны 8,5% көрсеткішін көрсетті, ал 2010 жылда тіркелген әйелдер саны 36,4% жетті.

2006 жылғы АҚТҚ жұқпасымен жаңадан тіркілген 50 пайыз оқиғалардың көбі, басқа аймақтарға

қарағанда, әйелдерге келеді. Сәйкестілікке қарай, АҚТҚ жұқпасының бар ауыртпашылығын әйелдер көтереді. Олардың көбі, жұбайларымен жыныстық қарым-қатынас жасағанда сақтанбағандықтан, яғни бұл еркектер алдында, немесе баяғда, есіртке қабылдаған адамдар болып саналды. Егер алайда АҚТҚ жұқпасын ауруылардың арасында жұкті әйелдер тіркелген болса, қазыргы таңда өзгеріс байқап, жұкті әйелдер арасында, 109 кодқа сүйеніп, тіркеледі.

Қорытынды:

1. Адамның қорғаныш тапшылық қоздырғышы эпидемия жұғуының өсу көрсеткіштері төмендеді.

2. Адамның қорғаныш тапшылығы қоздырғыш жұқпасы жыныстық қарым-қатынас арқылы 2,4%-даң (2001ж.) 61,5%-ға (2006 ж.) динамикасының үлкею көрсетіледі, сонымен қатар эпидемиялық процесс ішінде әйелдер саны 8,5%-даң (2001ж.) 36,4%-ға (2010ж.) үлкейді.

УДК 616.24-002+615.33

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТАРТОВОЙ И ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Р. Е. Кулубеков, К. Ш. Амренова

Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии Государственного медицинского университета города Семей

Резюме

Полученные данные создают возможность создания стандартов антибактериального лечения госпитальной пневмонии с учетом региональных характеристик спектра возбудителей, наиболее часто вызывающих данную нозологию в хирургии.

Summary

The recommendations for start and empirical antibiotic therapy by hospital pneumonia in surgery department

These results create possibility of standards of antibacterial therapy of hospital pneumonia, take into accounting of characteristics of specters microorganisms, more often defiant this disease in surgery.

Тұжырым

Госпитальды пневмонияны хирургиялық бөлімдерде емдегенде берілетін бастапқы және эмпирикалық антибактериальды еленің ұсыныстары

Алынған мәліметтер хирургияда госпитальды пневмонияны жиі шақыратын қоздырғыштардың аймақтық сиптамаларына сәкес осы нозологияды антибактериальды емнің стандарттарын құрастыруға мүмкіншілік береді.

Стартовая и эмпирическая антибактериальная терапия госпитальной пневмонии должна опираться на данные клиники и эпидемиологии (позволяющие заподозрить наличие того или иного возбудителя), представление о наиболее типичных для данной страны, региона или больницы возбудителях. Немаловажное значение имеют данные о клинической фармакологии и микробиологической активности используемых препаратов.

Целью проведенного исследования служило изучение эпидемиологии госпитальной пневмонии, микробиологической активности антибактериальных препаратов и создание рекомендаций стартовой и эмпирической антибиотикотерапии в хирургическом отделении.

Материалы и методы исследования. Выделение и исследование возбудителей, наиболее часто вызывающих госпитальную пневмонию проводилось по стандартной схеме на базе КУЦ СГМА. Исследовались больные с диагнозом госпитальная пневмония в отделении общей хирургии. Для исследования отбирались те больные, у которых пневмония развилась уже на стадии стационарного лечения (174). Для идентификации возбудителя использовались стандартные методы

посевов на диффузные среды, окрас по грамму и микроскопия посевов крови, мокроты, транстрахеальных аспиратов, трансторакальных аспиратов, в ряде случаев проводилась бронхоскопическая биопсия (при невозможности другими способами получить материал для бактериологического исследования).

Результаты исследования. В хирургическом отделении госпитальная пневмония возникала при следующих хирургических манипуляциях (таблица 1).

В хирургическом отделении госпитальная пневмония за исследуемые годы была установлена у 174 больных. Возбудители представлены в таблице 2.

Из таблицы видно, что чаще всего госпитальную пневмонию в хирургическом отделении вызывали *Pseudomonas aeruginosa* (33,9%), *Streptococcus pneumoniae* (16,6%) и *Enterobacter* (17,2%).

Распределение микроорганизмов при госпитальной пневмонии в хирургическом отделении после проведенных оперативных вмешательств на органы брюшной полости представляет закономерный интерес, связанный с летальными исходами нозокомиальной пневмонии (таблица 3).

Таблица 1. Больные с госпитальной пневмонией в хирургическом отделении.

Нозология	К-во больных
Оперативные вмешательства на органах брюшной полости обычным доступом с дренированием, из них:	116 (66,6%)
-Язвенная болезнь желудка и 12 – перстной кишки	42 (36,2%)
-Холецистэктомия	54 (46,5%)
-Эхинококкэктомия	12 (10,3%)
-аппендэктомия	8 (6,8%)
Лапароскопические операции (ЖКБ)	51 (29,3%)
Пункция плевральной полости с диагностической целью	7 (4%)
ВСЕГО	174 (100%)

Таблица 2. Возбудители, наиболее часто вызывающие госпитальную пневмонию в хирургическом отделении.

Нозология	К-во б-х	P.a.	Enterob.	S.m.	St.aur	K.p.	H.i.	S.p.
Операции на органах брюшной полости	116 (66,6%)	39(22,3%)	21 (12,0%)	11 (6,3%)	14 (8%)	9 (5,1%)	10 (5,7%)	12 (6,8%)
Лапароск. операции	51 (29,3%)	18 (10,3%)	9 (5,1%)	-	6 (3,4%)	-	6 (3,4%)	12 (6,8%)
Пункция плевральной полости	7 (4%)	2 (1,1%)	-	-	-	-	-	5 (2,8%)
ВСЕГО	174 (100%)	59 (33,9%)	30 (17,2%)	11 (6,3%)	20 (11,4%)	9 (5,1%)	16 (9,1%)	29 (16,6%)

P.a. - *Pseudomonas aeruginosa*; Enter.- *Enterobacter*; S.m.- *Serratia marcescens*, St.aur- *Staphylococcus aureus*, K.p.- *Klebsiella pneumoniae*, H.i. - *Haemophilus influenzae*, S.p. - *Streptococcus pneumoniae*;

Таблица 3. Возбудители госпитальной пневмонии при оперативных вмешательствах на органы брюшной полости.

Нозология	К-во б-х	P.a.	Enterob.	S.m.	St.aur	K.p.	H.i.	S.p.
Операции на органах брюшной полости	116 (100)	39 (33,6%)	21 (18,1%)	11 (9,4%)	14 (12%)	9 (7,7%)	10 (8,6%)	12 (10,3%)
ЯЖБ и 12 пк	42 (36,2%)	21 (18%)	9 (7,7%)	7 (5,9%)	-	-	5 (4,3%)	-
ХЭ	54 (46,5%)	15 (12,9%)	4 (3,4%)	4 (3,4%)	10 (8,5%)	6 (5,1%)	4 (3,4%)	11 (9,4%)
ЭЭ	12 (10,3%)	3 (2,5%)	8 (6,8%)	-	1 (0,8%)	-	-	-
АЭ	8 (6,8%)	-	-	-	3 (2,5%)	3 (2,5%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)

Как видно, значительный процент возбудителей, вызывающий госпитальную пневмонию после оперативного вмешательства на органы брюшной полости приходился на *Pseudomonas aeruginosa*. Особенно при операциях по поводу язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки и холецистэктомии. При эхинококкэктомии чаще госпитальную пневмонию вызывал *Enterobacter*, а при аппендэктомии в одинаковой степени встречался *Staphylococcus aureus* и *Klebsiella pneumoniae*.

Летальность от осложнений госпитальной пневмонии, вызванной *Pseudomonas aeruginosa*, в хирургическом отделении составила 6,8% (12 больных). Такие

исходы были зафиксированы при развитии госпитальной пневмонии после оперативных вмешательств по поводу язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. Причиной служила острая дыхательная недостаточность на фоне бактериемического шока с респираторным дистресс – синдромом и ДВС – синдромом. То есть, развивалась типичная картина генерализованной формы инфекции или сепсиса.

Исследования чувствительности антибактериальных препаратов к возбудителям, наиболее часто вызывающих госпитальную пневмонию в хирургическом отделении, показали следующие результаты (таблица 4).

Таблица 4. Чувствительность возбудителей госпитальной пневмонии в хирургическом отделении к некоторым антибактериальным препаратам.

Препарат	P.a.	Enterob.	S.m.	St.aur	K.p.	H.i.	S.p.	К-во
	59 (33,9%)	30 (17,2%)	11 (6,3%)	20 (11,4%)	9 (5,1%)	16 (9,1%)	29 (16,6%)	174(100%)
Ампициллин	-	-	-	2 (10%)	-	8 (50%)	13 (44,8%)	23 (13,2%)
Тикарциллин	36 (61%)	8 (26,6%)	-	4 (20%)	1 (11,1%)	-	6 (20,6%)	19 (10,9%)
Цефуроксим	8 (13,5%)	11 (36,6%)	3 (27,2%)	9 (45%)	5 (55,5%)	9 (56,2%)	21 (72,4%)	66 (37,9%)
Цефтриаксон	44 (74,5)	24 (80%)	9 (81,8%)	14 (70%)	9 (100%)	11 (68,7%)	23 (79,3%)	134 (77%)
Эритромицин	9 (15,2%)	12 (40%)	2 (18,8%)	10 (50%)	4 (44,4%)	7 (43,7%)	11 (37,9%)	55 (31,6%)
Азитромицин	43 (72,8%)	21 (70%)	5 (45,4%)	15 (75%)	9 (100%)	12 (75%)	17 (58,6%)	122 (70,1%)
Гентамицин	47 (79,6%)	26 (86,6%)	9 (81,8%)	13 (65%)	6 (66,6%)	11 (68,7%)	-	112 (64,3%)
Ципрофлоксацин	48 (81,3%)	26 (86,6%)	11 (100%)	12 (60%)	9 (100%)	13 (81,2%)	22 (75,8%)	141 (81%)

Как видно из таблицы, возбудители, вызывающие госпитальную пневмонию в хирургическом отделении, являются, большей частью, полирезистентной флорой. Особенно устойчивостью обладают штаммы *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*. И, к сожалению, антибактери-

ального препарата, который бы полностью соответствовал требованиям начала стартового лечения госпитальной пневмонии в хирургическом отделении, не выявлено. Поэтому, для стартовой или эмпирической терапии были выработаны следующие рекомендации:

- Цефтриаксон в комбинации с гентамицином в/м или в/в путем введения;

Однако в проведенных исследованиях в 13 случаях был отмечено отсутствие эффекта от комбинации цефалоспоринов с аминогликозидами, хотя *in vitro* чувствительность была подтверждена. Поэтому через 48 часов пришлось заменять в схеме гентамицин на внутривенное введение ципрофлоксацина. Поэтому в случае неэффективности комбинации цефтриаксона с гентамицином рекомендуется комбинация цефтриаксона с ципрофлоксацином.

В 37 случаях наблюдался частичный эффект комбинации цефтриаксона с гентамицином, не потребовавший замены антибиотикотерапии, но увеличивший продолжительность лечения с 10 до 14 суток. В остальных случаях антибактериальная терапия не требовала коррекции (таблица 5).

Полный эффект по проведенным наблюдениям характеризовался падением температуры тела до субфебрилитета с последующей быстрой нормализацией в течение 24-72 ч, улучшением общего состояния и аппетита, уменьшением одышки, боли в грудной клетке, ослаблением признаков интоксикации. При этом рентгенологические изменения уменьшаются или, по крайней мере, не нарастают. При полном эффекте схему

антибиотикотерапии не меняют, а в случае использования парентеральных препаратов в комбинации, через 72 – 96 ч (3-4 суток) переходят на монорежим и заменяют на пероральную форму.

Частичный эффект характеризовался сохранением высокой до 38-39 градусов температуры тела через 24 – 48 часов при видимом клиническом улучшении (снижение одышки, улучшение аппетита, снижение интоксикации) и отсутствием отрицательной рентгенологической динамики. Частичный эффект не потребовал смены антибактериальной терапии, но привел к увеличению продолжительности назначения до 14 суток. Поэтому остается открытым вопрос о целесообразности замены антибактериальной терапии в случаях частичного клинического эффекта.

Отсутствие эффекта характеризовалось сохранением фебрильной температуры тела, сопровождалось дальнейшим ухудшением общего состояния, увеличением объема поражения легкого и/или нарастанием объема плеврального выпота с увеличением цитоза или появлением плеврита. Отсутствие эффекта в течение 24-36 ч лечения потребовало смены тактики антибактериальной терапии, к тому времени уже с учетом результатов бактериологического обследования.

Таблица 5. Достигнутый у больных эффект при антибактериальной терапии комбинацией цефтриаксона с гентамицином.

Комбинация	Полный эффект	Частичный эффект	Отсутствие эффекта, потребовавшее замену терапии
Цефтриаксона с гентамицином (174)	124 (71,2%)	37 (21,2%)	13 (7,4%)
Замена на комбинацию цефтриаксона с ципрофлоксацином	13 (7,4%)	-	-

Таким образом, проведенными исследованиями установлено:

1. В хирургических отделениях возбудителями, вызывающими госпитальную пневмонию, являются *Pseudomonas aeruginosa* (33,9%), *Streptococcus pneumoniae* (16,6%) и *Enterobacter* (17,2%). Характер микрофлоры зависит от профиля стационара и противоземлемического режима.

2. Возбудители, вызывающие госпитальную пневмонию в хирургических отделениях являются полирезистентной, устойчивой флорой.

3. Для развития и тяжести течения пневмонии немаловажное значение имеет патология, с которой больной первоначально поступил в стационар. Для хирургических отделений – объемные оперативные вмешательства.

4. Нередко инфицирование возбудителями госпитальной пневмонии в хирургических отделениях происходит при выполнении лечебных и диагностических манипуляций (отсасывание мокроты, катетеризация, бронхоскопия, оперативные вмешательства).

5. Причинами летального исхода при госпитальной пневмонии являются осложнения, вызванные генерализацией инфекции или сепсисом: респираторный дистресс – синдром, синдром системного воспалительного ответа, ДВС – синдром, острая дыхательная недостаточность. Причем летальность при госпитальной пневмонии зависит от тяжести основного заболевания или от вида и объема оперативного вмешательства.

6. Существует различие в стартовой или эмпирической терапии госпитальной пневмонии для хирургиче-

ских отделений. В хирургических отделениях рекомендуется комбинация цефалоспоринов 3 поколения с аминогликозидами или фторхинолонами.

8. Продолжительность антибактериальной терапии при пневмонии определяется сроком полного уничтожения возбудителя или такой степенью подавления его логарифмического роста, когда окончательная элиминация возбудителя из организма осуществляется иммунологическими механизмами. Полной элиминации возбудителя при госпитальной пневмонии удается достичь к 7-10 дню рационального применения антибактериальных средств. В случае частичного эффекта антибактериальной терапии, продолжительность лечения увеличивается до 14 суток без замены схемы назначения антибактериальных средств. Однако остается открытым вопрос о целесообразности замены антибактериальной терапии в случаях частичного клинического эффекта.

9. Полученные данные создают возможность создания стандартов антибактериального лечения госпитальной пневмонии с учетом региональных характеристик спектра возбудителей, наиболее часто вызывающих данную нозологию.

Литература:

1. Welling G. Antibiotics in practice every day.- Depper.- 2007.- New-lork.
2. Lambert H.P., O' Grady F.W. Antibiotics and Chemotherapy. Edinburg etc., 2004
3. Клиническая микробиология. – Под редакцией В.И. Покровского. – ГЭОТАР Медицина, - Москва, 1999.

УДК 616.132.1+616.248-071-08

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМАА. А. Дюсупова, Б. Р. Смаилова, А. Ж. Жумадилова, Л. С. Каконова,
Г. О. Мейрашева, Б. Т. Байзуллинова, А. К. Ахметова**Кафедра ОВП и эндокринологии Государственного медицинского университета города Семей****Тұжырым**

Бұл мақалада бронх демікпесінің алдын-алуы, емдеу, диагностика, жіктелуі бойынша қазіргі кездегі маңызды сұрақтар қарастырылған. Бұл ақпарат осындай науқастарды жиі кездестіретін жанұялық дәрігерлер, терапевттер, пульмонологтардың күнделікті тәжірибесіне аса қажет.

Summary

Present article is devoted modern questions of classification, diagnostics, treatment and prevention of a bronchial asthma. This information is necessary in daily practice of family doctors, therapists, lung specialists which meet such patients more often.

Бронхиальная астма – это хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и, проявляющееся приступом удушья, астматическим статусом, или, при отсутствии таковых, симптомами дыхательного дискомфорта (приступообразный кашель, дистанционные хрипы и одышка), обратимой бронхиальной обструкции на фоне наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, внелегочных признаков аллергии, эозинофилии крови или эозинофилии в мокроте [1,2].

Диагностические признаки БА:

- эпизодически возникающие приступы экспираторной одышки /удушья/;
- пароксизмального кашля;
- удушья /одышки/ в утренние часы;
- обратимая бронхиальная обструкция (увеличение ПСВ на 60 л/мин и более или ОФВ₁ на 10% и более после ингаляции двойной дозы β₂-агонистов короткого действия);
- эозинофильно-клеточный характер воспаления слизистой трахеобронхиального дерева (мазок мокроты должен быть окрашен по Романовскому-Гимзе)
- вариабельность (спонтанная изменчивость) ПСВ в течение суток более – 15%;
- сочетанные БА с аллергией;

- связь между проявлением - /усугублением/ симптомов астмы с вдыханием холодного воздуха, выполнением физической нагрузки, пылевой экспозицией, аллергическими воздействиями.

Обследование больных бронхиальной астмой включает:

- общий анализ крови,
- общий анализ мочи,
- кожные пробы,
- определение общего и специфического IgE,
- рентгенография грудной клетки,
- если возможно анализ мокроты,
- исследование ФВД с пробой с бета-2-агонистом,
- дополнительно для уточнения диагноза возможно проведение провокационных тестов с бронхоконстрикторами, физической нагрузкой или аллергенами (в специализированном учреждении),
- желательна ежедневная пикфлоуметрия.
- с целью дифференциальной диагностики необходимы: рентгенография легких, ЭКГ, клинический анализ крови мокроты [1-3].

Лечение бронхиальной астмы. В лечении бронхиальной астмы имеет место принцип ступенчатости, в зависимости от степени тяжести и эффективности проводимой терапии [1-6].

Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести

Степень тяжести	Клинические симптомы до начала лечения	Функция легких
Степень 1 Легкое эпизодическое (интермиттирующее) течение	Кратковременные симптомы реже 1 раза в неделю. Короткие обострения (от нескольких часов до нескольких дней). Ночные симптомы реже 2 раз в месяц. Отсутствие симптомов и нормальная функция внешнего дыхания между обострениями.	- ОФВ ₁ не менее 80% от должных, - разброс показателей менее 20%
Степень 2 Легкое персистирующее течение	Симптомы чаще, чем 1 раз в неделю, но реже, чем 1 раз в день. Обострения могут снижать физическую активность, нарушать сон. Ночные симптомы более 2 раз в месяц.	- ОФВ ₁ не менее 80% от должных, -разброс показателей 20–30%.
Степень 3 Астма персистирующая, средней тяжести	Ежедневные симптомы. Обострения могут приводить к нарушению физической активности и сна. Ночные симптомы более 1 раза в неделю. Ежедневный прием β ₂ -агонистов короткого действия.	- ОФВ ₁ 60–80% от должных, -суточный разброс показателей более 30%
Степень 4 Тяжелая персистирующая астма	Постоянное наличие симптомов. Частые обострения. Частые ночные симптомы. Ограничение физической активности из-за симптомов астмы.	- ОФВ ₁ менее 60% от должных, -суточный разброс показателей более 30%

Оценка и мониторинг степени тяжести**Мониторинг включает:**

- Измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) при каждом посещении врача, наряду с оценкой симптомов позволяет определить адекватность ответа пациента на лечение и провести соответствующую коррекцию
- длительный амбулаторный мониторинг ПСВ поможет пациенту выявить ранние признаки ухудшения (снижение ПСВ менее 80% от наилучшего результата) еще до появления симптомов. Пациенты могут принять срочные меры и избежать тяжелых обострений.

- очень важным является регулярное посещение врача (каждые 1-6 месяцев в зависимости от потребности). При каждом визите с больным необходимо обсудить вопросы, сомнения, страхи, ожидания, касающиеся заболевания.

К сожалению, бронхиальную астму излечить пока никому не удалось, но благодаря правильному лечению есть возможность добиться стойкой, длительной многолетней ремиссии. Современные противоастматические лекарства способны существенно повысить уровень жизни больных, дать им возможность чувствовать себя полноценными, активными членами нашего общества.

Ступенчатая терапия бронхиальной астмы

Степень тяжести	Базисная терапия
Степень I Легкая интермиттирующая	β_2 -Агонисты короткого действия по потребности (не более 1 раза в неделю). • Профилактическое применение β_2 -агонистов короткого действия или кромонов перед физической нагрузкой или воздействием аллергена.
Степень II Легкая персистирующая	Базисная терапия: ежедневный прием противовоспалительных препаратов. Кромоны или стандартные дозы ингаляционных глюкокортикоидов (200–800 мкг), можно добавить пролонгированные β_2 -агонисты или пролонгированный теofilлин (особенно для контроля ночных симптомов). β_2 -Агонисты короткого действия по потребности для купирования приступов астмы (не более 3-4 раз в сутки). Возможно применение ингаляционных холинолитиков.
Степень III Средняя персистирующая	Базисная терапия: высокие дозы ингаляционных глюкокортикоидов (800–2000 мкг) или стандартные дозы в сочетании с пролонгированными β_2 -агонистами, пролонгированными препаратами теofilлина (особенно для контроля ночных симптомов). β_2 -Агонисты короткого действия по потребности для купирования приступов астмы (не более 3-4 раз в сутки). Возможно применение ингаляционных холинолитиков.
Степень IV Тяжелая персистирующая	Базисная терапия: высокие дозы ингаляционных глюкокортикоидов в сочетании с регулярным приемом пролонгированных бронходилататоров. Высокие дозы ингаляционных глюкокортикоидов 2000мкг/сут и более плюс один или более из ниже перечисленных: ингаляционные пролонгированные β_2 -агонисты; пероральные пролонгированные теofilлины; ингаляционный ипратропиум бромид; пероральные пролонгированные β_2 -агонисты; кромоны; регулярный прием системных стероидов в течение длительного времени. β_2 -Агонисты короткого действия по потребности для купирования приступов астмы (не более 3-4 раз в сутки).

Литература.

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. М., 2002; с. 73.
2. Braman S. The global burden of asthma. Chest 2006; 130 (1), suppl.: 4s-12s.
3. Окорочков А.Н. «Диагностика болезней внутренних органов». В 4-х томах. 2000г.

4. Giraud V, Roche N. Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stability. Europ. Resp. J 2002; 2 (19): 246–51.

5. Клячкина И.Л. Бронхолитические препараты в терапии болезней органов дыхания. Леч. врач. 2005; 8: 22–8.
6. Окорочков А.Н. «Лечение болезней внутренних органов». В 4-х томах. 2000г.

УДК616.127-071-08

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

А. А. Дюсупова, А. Ж. Жумадилова, Б. Р. Смаилова, Б. Т. Байзуллинова, Г. О. Мейрашева, Ж. И. Смагулова
Кафедра ОВП и эндокринологии Государственного медицинского университета города Семей

Summary

Important aspects of ischemic heart disease

In present article the information on important questions of ischemic heart disease (classification of IHD is presented, to a stable angina pectoris, diagnostics, prevention) which is necessary in work of family doctors, therapists, cardiologists etc.

Тұжырым

Жүректің ишемиялық ауруының маңызды мәселелері

Бұл мақалада жүректің ишемиялық ауруларының (ЖИА, тұрақты стенокардияның жіктелуі, диагностикасы, алдын алу) маңызды сұрақтары бойынша мәліметтер қарастырылған, бұл барлық жанұялық дәрігерлер, кардиологтар, терапевттер т.б. жұмысына аса қажет.

ИБС или коронарная болезнь сердца (КБС) - острый и хронический патологический процесс в миокарде, обусловленный неадекватным его кровоснабжением, вследствие органического поражения коронарных сосудов или, значительно реже, вследствие их функциональных изменений [1].

Факторами риска ИБС являются: мужской пол; возраст (после 40 лет); наследственная предрасположенность (наличие у родителей ИБС, АГ и осложнений в возрасте до 55 лет); диспротеинемия: гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина 250 мг/дл или 6,5ммоль/л и более); артериальная гипертензия: уровень АД 140/90 мм рт. ст. и выше или наличие артериальной гипертензии в анамнезе у лиц, принимающих в момент обследования гипотензивные препараты, независимо от регистрируемого уровня АД; избыточная масса тела (определенная по индексу Кетле или индексу массы тела - ИМТ). При нормальной массе тела индекс

Кетле не превышает 20-25; при ожирении I и II стадии индекс Кетле более 25, но менее 30; при ожирении III стадии индекс Кетле более 30; курение (регулярное курение, по крайней мере, по 1 сигарете в день); гиподинамия (низкая физическая активность работа более половины рабочего дня сидя и неактивный досуг); повышенный уровень психоэмоционального напряжения; сахарный диабет; гиперурикемия.

Основными факторами риска ИБС в настоящее время являются артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение («большая тройка») [1].

Классификация ИБС

В настоящее время в практической деятельности продолжают использовать классификацию ИБС, разработанную сотрудниками ВКНЦ АМН СССР в 1983г. на основе предложений экспертов ВОЗ (1979).

- Внезапная сердечная смерть (первичная остановка сердца)

- Стенокардия

Стенокардия напряжения, (стабильная: с указанием функционального класса, I-IV); Впервые возникшая стенокардия напряжения (нестабильная); Спонтанная стенокардия (стенокардия покоя, вариантная стенокардия, "особая" стенокардия, стенокардия Принцметала)

- Инфаркт миокарда
 - Крупноочаговый (трансмуральный)
 - Мелкоочаговый (нетрансмуральный)
- Постинфарктный кардиосклероз (с указанием даты перенесённого инфаркта)
- Нарушения сердечного ритма (с указанием формы)
- Сердечная недостаточность (с указанием стадии и формы)
- "Немая" (безболевая) форма ИБС

Стабильная стенокардия

Одной из наиболее встречающихся форм КБС в амбулаторной практике является стабильная стенокардия напряжения.

Стабильная стенокардия – самая распространенная форма ишемической болезни сердца. На ее долю приходится 70–80% всех случаев хронической ИБС, которые обычно подразделяются на четыре функциональных класса в соответствии с классификацией Канадского общества кардиологов (1976 г.).

Для диагностики и лечения стенокардии важное значение имеет подробно собранный анамнез. Три признака считаются характерными для стабильной стенокардии напряжения: 1) загрудинная боль; 2) возникающая при физической нагрузке; 3) исчезающая в течение 10 мин после прекращения физической нагрузки или приема нитроглицерина под язык.

Функциональные классы стабильной стенокардии

I класс. Обычная физическая нагрузка не вызывает приступов стенокардии; она возникает при нагрузках высокой интенсивности, выполняемых быстро и длительно; ходьбе более 1000 метров. ВЭМ – 600 кгм/мин (100 Вт) и выше.

II класс. Приступы стенокардии при ходьбе по ровному месту на расстояние более 500 м, при подъеме по лестнице более чем на 1 этаж, быстрой ходьбе в гору, после еды, в морозную погоду, на холодном ветру, при эмоциональном стрессе, в первые часы после пробуждения. ВЭМ – 450-600 кгм/мин (75-100 Вт).

III класс. Заметное ограничение обычной физической активности, приступы стенокардии при ходьбе по ровному месту на расстояние 100-500 м в нормальном темпе, или через 1–2 квартала; подъем по лестнице на 1–2 этажа. Возможны редкие приступы стенокардии покоя. ВЭМ – 300-450 кгм/мин (50-75 Вт).

IV класс. Стенокардия возникает при небольших физических нагрузках, при ходьбе по ровному месту на расстояние менее 100 м. Неспособность выполнять какую-либо физическую нагрузку, регулярное возникновение стенокардии покоя и безболевого ее эквивалентов. ВЭМ – 150 кгм/мин (25 Вт) или не проводится.

Цели медикаментозной терапии больных ИБС со стабильной стенокардией значительно изменились за последние годы. Теперь главное значение придается не только лечению самой стенокардии, но предупреждению смерти и нефатального инфаркта миокарда.

В настоящее время имеются доказательства, что у больных ИБС риск смерти и развития инфаркта миокарда снижается при длительном назначении не прямых антикоагулянтов, аспирина, клопидогреля, некоторых бета-адреноблокаторов и гиполипидемических препаратов из группы статинов. Поэтому считается, что каждый больной ИБС со стабильной стенокардией должен получить комбинированную терапию, включающую ас-

пирин (75–325 мг/сут), бета-адреноблокатор без внутренней симпатомиметической активности и статин.

Лечение стабильной стенокардии принципиально возможно начинать с назначения препаратов одной из трех базисных групп антиангинальных средств – нитраты, бета-адреноблокаторы (БАБ) или антагонисты кальция (АК) [2-4].

Продолжительность медикаментозного лечения:

При ФК I – прерывистое использование быстродействующих нитратов перед физической или эмоциональной нагрузкой.

При ФК II – в течение длительного срока применение нитратов или БАБ, или АК.

При ФК III-IV – необходимо непрерывное пожизненное лечение.

Показания к госпитализации в стационар, дневной стационар.

Важным также является вопрос о показаниях к госпитализации больных. Основными показаниями к госпитализации является:

1. переход в нестабильную стенокардию
2. неэффективность амбулаторного лечения
3. необходимость кардиохирургического лечения

Первичная профилактика

1. Выявление факторов риска
2. Консультирование по поводу выявленных факторов риска
3. Рекомендации по рациональному питанию: исключить употребление животных жиров; включение в диету продуктов из муки грубого помола; ограничение поваренной соли до 4 г/сут (при артериальной гипертензии) и включение продуктов богатых солями калия; уменьшение потребления яичных желтков; включение в диету овсяных и кукурузных хлопьев, продуктов из сои; увеличение дробности питания до 5-6 раз в день.

4. При АГ и сахарном диабете – строгий контроль за течением заболевания с поддержанием уровня АД на рекомендуемых цифрах и коррекция углеводного обмена.

Вторичная профилактика

1. Рекомендации по питанию.
2. Рекомендации по физической активности – вне периодов обострения. Показаны динамические нагрузки (объем физических нагрузок не должен провоцировать приступов стенокардии), противопоказаны изометрические нагрузки.
3. Диспансерные осмотры.
4. Обучение больных в «Коронарных клубах».
5. Формирование благоприятного психологического окружения.
6. Рекомендации по трудовой деятельности [5].

Литература:

1. Драпкина О.М. Кардиология. Том 03/№ 1/2005. Ишемическая болезнь сердца: основные направления терапевтического воздействия. Справочник поликлинического врача.
2. Гуревич М.А. Consilium medicum. Том 04/№1/2004, Том 04/№2/2004, Том 03/№3/2004. Стабильная стенокардия напряжения.
3. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Consilium medicum. Том 01/№1/2002. Стабильная стенокардия напряжения.
4. Под ред. Ю.Л.Шевченко и др. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. Пер. М.: ГЭОТАР-МЕД. –2002.
5. Аронов Д.М. Consilium Medicum. Справочник поликлинического врача. Кардиология. Том 03/№ 2/2005. Алгоритм действий врача по первичной и вторичной профилактике ИБС.

УДК 618.172-007

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Б. К. Жумажанова

ККГП «Женская консультация №5», г. Павлодар

Тұжырым

Етеккір келу алды синдромы жеке ағымға ие. Етеккір келу алдының клиникалық белгілері, дамуының негізгі теориялары қарастырылған. Етеккір келу алды синдромының емі медикаментозды және медикаментозды емес терапияны, кейде бұл ем репродуктивті кезеңнің барлық ағымына жалғасуы мүмкін.

Summary

Premenstrual syndrome has individual specifics. Main theories of development, clinical symptoms of PMS are reviewed. Treatment of the premenstrual syndrome includes medication-based and non-medication therapy, which sometimes lasts during the entire reproductive age.

Предменструальный синдром – циклический повторяющийся симптомокомплекс, наблюдающийся во второй половине менструального цикла (за 3-12 дней до менструации). Имеет индивидуальное течение, может характеризоваться головной болью, резкой раздражительностью или депрессией, плаксивостью, тошнотой, рвотой, кожным зудом, отеками, болями в животе и в области сердца, приступами сердцебиения. Нередко наблюдаются кожные высыпания, метеоризм, болезненное нагрубание молочных желез. В тяжелых случаях может развиваться невроз.

Большинство женщин впервые встречаются с этими симптомами после 20 лет. С возрастом все большее число женщин испытывают симптомы ПМС. Среди женщин старше 40 лет ПМС встречается более чем у 50%. И очень редки случаи, когда от ПМС страдают подростки. При этом у каждой женщины симптомы ПМС индивидуальны. У большинства женщин ПМС протекает в легкой форме, не доставляя особых неудобств. Клинические проявления ПМС характеризуются большим разнообразием [1,3,8].

В зависимости от клинической картины различают 4 клинических формы ПМС: нервно-психическую, отечную, цефалгическую, кризовую.

Нервно-психическая форма характеризуется преобладанием таких симптомов, как раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность.

При отечной форме преобладают такие симптомы, как нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, раздражительность, слабость, зуд кожи, повышенная чувствительность к запахам, потливость. Может отмечаться задержка жидкости до 500–700 мл.

При цефалгической форме в клинической картине преобладают такие симптомы, как головная боль, раздражительность, тошнота, рвота, повышенная чувствительность к звукам и запахам, головокружение. У каждой третьей больной отмечается депрессия, боль в области сердца, потливость, онемение рук, нагрубание молочных желез, отеки при положительном диурезе.

При кризовой форме наблюдаются симпато-адреналовые кризы. Они начинаются с повышения АД, чувства сдавления за грудиной и с появлением страха смерти. Сопровождаются похолоданием, онемением конечностей и сердцебиением при неизменной ЭКГ. Заключаются обильным мочеотделением.

Кроме того, выделены атипичные формы ПМС. К ним относят: вегетативно-дозовариальную миокардиодистрофию, циклические тяжелые аллергические реакции (вплоть до отека Квинке) язвенный гингивит и стоматит, циклическую бронхиальную астму, неукротимую рвоту, иридоциклит и др.

Следует отметить, что наибольшая частота и тяжесть кризовой и цефалгической форм ПМС наблюда-

ются в переходном периоде жизни женщины, в 16–19 и в 25–34 года отмечается наибольшая частота нервно-психической формы ПМС, а в 20–24 года – отечной [2,4,10].

Этиология и патогенез ПМС до конца не ясны. Считается, что способствуют возникновению и более тяжелому течению ПМС ранее перенесенные стрессы, нейроинфекции, аборт, травмы и операции, а также различные гинекологические и общесоматические заболевания, создающие фон для проявлений предменструального синдрома.

Считают, что решающим в генезе ПМС является не уровень половых гормонов, который не отличается от такового у здоровых женщин, а колебания их содержания в течение менструального цикла. Доказано, что эстрогены и прогестерон оказывают значительное модулирующее воздействие на ЦНС путем геновых механизмов (взаимодействие с ядерными рецепторами), прямого влияния на мембрану нейронов и их синаптическую функцию, причем не только в центрах, ответственных за деятельность репродуктивной системы, но и в лимбических отделах мозга, регулирующих эмоции, поведение и сон [5,7,8,10].

Одна из теорий рассматривает как основополагающую причину предменструального синдрома - изменение соотношения гормонов прогестерона и эстрогена во второй половине менструального цикла. Избыток выработки эстрогенов ведет к задержке жидкости в тканях, отекам, набуханию молочных желез, сердечно-сосудистым нарушениям. Влияние эстрогенов на структуры головного мозга вызывает нервно-эмоциональные нарушения – депрессию или агрессию, раздражительность, плаксивость и т. д.

Другая гормональная теория связывает предменструальный синдром с гиперсекрецией гормона пролактина, вызывающего задержку воды и натрия, изменения в грудных железах.

В развитии предменструального синдрома также доказана определенная роль простагландинов – гормоноподобных веществ, вырабатываемых в тканях организма и участвующих в регуляции многих физиологических процессов. Избыток простагландинов вызывает мигреноподобные головные боли, пищеварительные расстройства, вегето-сосудистые реакции.

Другие многочисленные теории рассматривают в качестве причин возникновения предменструального синдрома расстройства водно-солевого обмена (теория водной интоксикации), дефицит витаминов (витамина А, В6) и микроэлементов (кальция, магния, цинка), генетический фактор, гипоталамические нарушения.

Ряд исследователей полагает, что предменструальный синдром вызывается целым комплексом причин, которые являются индивидуальными в каждом клиническом случае. Поэтому диагностика предменструаль-

ного синдрома имеет свою специфику и определенные сложности.

Основным диагностическим критерием предменструального синдрома является цикличность, периодический характер возникающих накануне менструации жалоб и их исчезновение после менструации.

Диагноз «предменструальный синдром» может быть поставлен на основании следующих признаков:

- состояние агрессии или депрессии
- эмоциональная неуравновешенность: перепады настроения, плаксивость, раздражительность
- плохое настроение, чувство тоски
- снижение эмоционального тонуса и интереса к происходящим событиям.
- повышенная утомляемость и слабость.
- понижение внимания, ухудшение памяти.
- изменение аппетита и вкусовых пристрастий, признаки булимии, увеличение веса.
- бессонница или сонливость.
- болезненное напряжение молочных желез, отеки
- головные, мышечные или суставные боли.
- ухудшение течения хронической экстрагенитальной патологии.

Проявление пяти из вышеперечисленных признаков при обязательном наличии хотя бы одного из четырех первых позволяет с уверенностью говорить о предменструальном синдроме. При определении тяжести течения предменструального синдрома исходят из количества симптоматических проявлений, выделяя легкую и тяжелую форму предменструального синдрома.

Легкая форма предменструального синдрома проявляется 3-4 характерными симптомами, появляющимися за 2-10 дней до начала менструации, либо наличием 1-2. При тяжелой форме предменструального синдрома количество симптомов увеличивается до 5-12, они появляются за 3-14 дней до начала менструации. При этом все они или несколько симптомов выражены значительно.

Кроме того, показателем тяжелой формы течения предменструального синдрома всегда является нарушение трудоспособности, вне зависимости от выраженности и количества других проявлений. Снижение трудоспособности обычно отмечается при нейропсихической форме предменструального синдрома.

Лечение ПМС представляет собой достаточно трудную задачу. Несмотря на широкую распространенность ПМС в терапии этого состояния до настоящего времени остаются неразрешенными некоторые вопросы. Патогенетическая терапия должна сочетать мероприятия, направленные на наиболее выраженные проявления нарушений в гипоталамусе. Рациональная схема лечения включает психотерапию, правильное питание, лечебную физкультуру, применение транквилизаторов, антидепрессантов, витаминов А, В, С и половых гормонов. Учитывая ведущую роль гормональных нарушений в развитии этого симптомокомплекса, для его лечения применяются различные гормональные препараты. Целью такого лечения являются блокада овуляции и снятие циклических колебаний уровней половых стероидов. Вместе с тем у таких больных часто отмечаются психоземotionalные и неврологические проблемы: межличностные, учащаются конфликтные ситуации в

семье, на работе. Нередко снижена самооценка, самоуважение, повышается обидчивость, отмечаются случаи потери работы, аварийные ситуации при вождении транспорта. Поэтому лечение больных с ПМС следует начинать с психотерапии. Медикаментозная терапия включает назначение психотропных средств - антидепрессантов, а также анксиолитических средств [4,6,8,9]. Немедикаментозная терапия включает в себя психотерапевтическое лечение, соблюдение режима труда и полноценного отдыха, лечебную физкультуру, физиотерапию. Важным моментом является соблюдение сбалансированного рациона питания с употреблением достаточного количества растительного и животного белка, растительной клетчатки, витаминов. Во второй половине менструального цикла следует ограничить употребление углеводов, животных жиров, сахара, соли, кофеина, шоколада, спиртных напитков. Симптоматическое лечение предменструального синдрома предполагает применение болеутоляющих, мочегонных, противоаллергических препаратов. Лечение предменструального синдрома – это длительный, иногда продолжающийся на протяжении всего репродуктивного периода процесс, требующий от женщины внутренней дисциплины и неуклонного выполнения всех предписаний врача. Прежде всего, нужно осознать наличие проблемы и приступить к борьбе с ней. Мужчины тоже должны принимать участие и помогать своим спутницам, а не ждать чудесного перевоплощения. Совместные усилия наверняка приведут к положительным сдвигам и улучшат качество жизни.

Литература:

1. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром. Гинекология 2005;7:4:210–214.
2. Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Гормональные методы терапии предменструального синдрома. Гинекология 2005;7:4:214–219.
3. Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Применение оральных контрацептивов с дроспиреноном в лечении предменструального синдрома. Гинекология (экстра-выпуск) 2006;7–10.
4. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М., МИА: 2006; 632 с.
5. Татарчук Т.Ф., Венцовская И.Б., Шевчук Т.В. Предменструальный синдром. Киев: Заповит 2003;111–146.
6. Аганезова Н.В., Сливанкова Е.В., Линде В.А., Шабалина А.Ю. Гормональная терапия предменструального синдрома. Вестн перинатол акуш и гинекол (Красноярск) 2006;13:267–275.
7. Аганезова Н.В., Сливанкова Е.В., Линде В.А. Влагалищная гормональная контрацепция: лечебные эффекты при предменструальном синдроме, безопасность и приемлемость. Пробл репрод 2007;13:3:32–41.
8. Линде В.А., Татарова Н.А. Предменструальный синдром. Ст-Петербург: Гиппократ 2005;216.
9. Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром. Гинекология 2002;4:3:115–120.
10. Королева Г.П. Рефлексотерапия женщин с раздраженной толстой кишкой на фоне предменструального синдрома: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград 1989;23.

УДК 618.173-02.

КОРРЕКЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Т. Е. Сейталиня

КГКП «Городская поликлиника №4», г. Павлодар

Summary

Thus, treatment of the climacteric syndrome of the pre-menopause aged women with preparation "Climonorm" provides stabilizing impact on the psycho-emotional condition, eliminates the vegetative symptomatic. The results obtained allow recommending a combined low-dosage preparation "Climonorm" for women in pre-menopause with climacteric syndrome.

Тұжырым

«Климонорм» препаратымен менопауза алды жастағы әйелдердегі климакстық синдромды емдегенде психо-эмоционалды жағдайға тұрақтандырады, вегетативті симптоматиканы жояды. Алған нәтижелерді комбинирленген төмен-мөлшерлі препарат «Климонорм»-ды климаксты синдромы бар әйелдерге менопауза алды кезде тағайындауға болады.

Наступление климактерического периода характеризует начало качественно нового этапа в жизни женщины, когда на фоне общих возрастных изменений в организме в ее репродуктивной системе начинают преобладать инволюционные процессы, что сопровождается прекращением, в начале, детородной, а затем и менструальной функций. В XXI веке, по данным ВОЗ, ожидается драматичное увеличение числа пожилых людей, каждая вторая женщина мира будет старше 45 лет. Многие женщины подходят к периоду менопаузы с имеющимися хроническими заболеваниями, что существенно влияет на течение климактерия. Учеными установлено, что для пациенток пери менопаузального возраста с жалобами, характерными для климактерического синдрома (КС), без указания в анамнезе на заболевания эндокринной системы, характерна высокая распространенность болезней щитовидной железы (1,2). Более чем у каждой второй женщины перименопаузального возраста, страдающей КС, выявляется артериальная гипертензия (52,4%) [Чеботникова Т.В., Мельниченко Г.А., 2002]. Это, в свою очередь, повышает риск развития ИБС в 3 раза, инсульта - в 7 раз. С каждым последующим десятилетием жизни частота смерти женщин от сердечно-сосудистых заболеваний возрастает в 3-5 раз. Неблагоприятное влияние менопаузы на риск развития заболеваний сердца и сосудов, в частности ишемической болезни сердца, связывают с происходящими в переходном возрасте изменениями в липидном спектре крови в «атерогенном» направлении снижением липопротеидов высокой плотности и повышением уровня липопротеидов низкой плотности и содержания холестерина (3,4).

Цель исследования – изучить течение климактерического синдрома у женщин перименопаузального возраста

Материалы и методы исследования: был проведен анализ клинических наблюдений за 45 больными в возрасте от 47 -52 лет наблюдавшимися по участку обслуживания с жалобами на вазомоторные нарушения (приливы, ночная потливость), бессонница, изменение настроения, психологические симптомы, сексуальная дисфункция, снижение концентрации внимания и памяти, урогенитальные симптомы. Все пациентки находились в перименопаузальном возрасте.

Длительность заболевания варьировала от нескольких месяцев до 5 лет, составив в среднем $2,9 \pm 1,54$ лет. Клиническими проявлениями его были «приливы» (73,6%), сердцебиение (65%), головные боли (54,4%), нарушение сна (36,8%), боль или чувство сдавливания в груди (38,5%), одышка (48%), слабость, усталость (38%), депрессия (41%), непроизвольное мочеиспускание (68%), сухость во влагалище (68,8%), снижение либидо (58,4%), другие симптомы (35%).

Во всех наблюдениях выполнено УЗИ органов малого таза, маммография, мазок на онкоцитологию. Дополнительно проводилось денситометрия, УЗИ щитовидной железы, уровень ФСГ, эстрогенов.

Результаты исследования и их обсуждение: в собственных исследованиях женщинам с климактерическими нарушениями при отсутствии у них противопоказаний для заместительной гормональной терапии использовали препарат «Климонорм». На фоне лечения препаратом «Климонорм» в течение 3-х месяцев выявлено снижение клинических проявлений КС и гонадотропной активности гипофиза с улучшением нейро-вегетативных, эндокринно-обменных расстройств, психо-эмоционального статуса. Через 2 месяца у наблюдаемых пациенток прекратились «приливы», сердцебиение, головная боль, улучшилось настроение. Препарат не оказывал существенного влияния на массу тела. У женщин с артериальной гипертензией на фоне приема препарата происходила стабилизация артериального давления. В процессе лечения пациентки отмечали хорошую переносимость препарата, побочных эффектов не отмечалось. Высокая эффективность препарата «Климонорм» с купированием климактерических и менопаузальных нарушений объясняется оптимальным балансом доз эстрогена и прогестерона оказывающим благоприятное действие на липидный профиль крови и показатели углеводного обмена.

Таким образом, лечение препаратом «Климонорм» климактерического синдрома у женщин перименопаузального возраста оказывает стабилизирующее влияние на психо-эмоциональное состояние, устраняет вегетативную симптоматику. Полученные результаты позволяют рекомендовать комбинированный низко-дозированный препарат «Климонорм» у женщин в перименопаузе с климактерическим синдромом.

Литература:

1. Чеботникова Т.В., Мельниченко Г.А., Андреева Е.Н. Клинические и метаболические проявления климактерического синдрома (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2004. – № 2. – С. 69-76.
2. Калашникова М.Ф., Катхурия Ю.Б., Мельниченко Г.А., Сыч Ю.П. Использование свойств гестагенного компонента заместительной гормональной терапии у больных с эндокринопатиями // Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. – № 11.
3. Руководство по гормональной терапии у женщин в период менопаузы. Исполнительный комитет Международного общества по менопаузе. Climacteric. – 2004. – № 7. – С. 8-11.
4. Григорян О.Р., Анциферов М.Б. Заместительная гормональная терапия у женщин, больных сахарным диабетом в период пери- и постменопаузы. – М., 2003. – 22 с

УДК 616.71-007.235

**ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ
У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

К. Е. Жаксыбаева, Т. Е. Сейталиева акушер-гинеколог

КГКП «Женская консультация», КГКП «Городская поликлиника №4», г.Павлодар

Summary

As the end outcome, the research resulted in identifying the structure of risk factors of development of the osteopenic syndrome of women of reproductive age under the conditions of the city of Pavlodar. The essential and integral risk factors include: hypoestrogenic syndrome, frequent and repeat child deliveries, smoking, low body mass index, general somatic and iatrogenic factors.

Тўжырым

Зерттеу нәтижесінде Павлодар қ. жағдайында репродуктивті жастағы әйелдерде остеопениялық синдром дамуының қауіп факторы құрылымы анықталған. Облигатты қауіп факторлары санына жатады: гипострогенді синдром, жиі қайталама босанулар, шылым шегу, дене салмағының төменгі индексі, жалпысоматикалық және ятрогенді факторлар.

Остеопороз (ОП) – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением плотности кости, нарушением ее структурных и качественных характеристик, увеличением риска переломов. Именно вследствие высокого риска возникновения переломов ОП по медицинской и социальной значимости занимает четвертое место после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и сахарного диабета (1). ОП является актуальной проблемой здравоохранения, в высокой степени определяющей уровень заболеваемости, приводящей к ухудшению качества жизни, инвалидности и огромным экономическим потерям. Значимость проблемы ОП как для медицины, так и для социально-экономической сферы жизни общества неуклонно возрастает. Частота первичного остеопороза, диагностируемого в возрасте 20-44 лет, составляет 4,1 на 100000 населения. По данным исследований разных авторов, ежегодно в группе старше 45 лет происходит около 1,3 млн. переломов костей вследствие остеопороза (2).

Исследования показывают, что остеопороз в Казахстане, как и во всем мире, представляет собой одну из актуальных проблем здравоохранения, поскольку его распространенность в последние годы постоянно увеличивается (3,4). Как показали денситометрические обследования казахстанцев в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) это заболевание выявляется у каждой третьей женщины и каждого пятого мужчины.

Цель исследования: изучить основные факторы риска снижения минеральной плотности костной ткани у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования: для проведения исследования была использована анкета, включающая в качестве основных разделов паспортную часть, антропометрические данные, сведения о наличии гинекологической патологии, акушерский анамнез, сведения о экстрагенитальной патологии (системные заболевания, болезни ЖКТ, эндокринные заболевания, патология органов дыхания, сердечно-сосудистые заболевания, анемия, хронические заболевания почек, хронические инфекционные заболевания), сведения о применении глюкокортикоидных препаратах и вредных привычках, дополнительно проводилась ультразвуковая денситометрия.

Одной из существенных составляющих в структуре факторов риска остеопенического синдрома на основании проведенных ранее исследований считают определенные антропометрические данные, а именно астенический тип телосложения и небольшую длину тела. В нашем исследовании было выявлено наличие достоверного превышения женщин с ростом ниже 150 см в группе остеопороза ($p < 0,01$), но не остеопении в отно-

шении группы обследованных с нормальной МПКТ. В отношении снижения индекса массы тела отмечалась аналогичная закономерность также для остеопороза при выделении группы с ИМТ меньше 22 кг/м^2 ($p < 0,05$). Определенную роль в формировании остеопении и остеопороза играют предшествующие беременности, сопровождающиеся потерями кальция и фосфора, а также нарушения гормонального статуса, связанные с репродуктивными дисфункциями. Поэтому последние считаются факторами риска развития остеопенического синдрома.

При анализе гинекологического анамнеза было выявлено превышение частоты наступления позднего менархе в группе остеопении и остеопороза (недостоверное), наличие нарушений менструальной функции (достоверное в подгруппе остеопороза, $p < 0,01$), включая наличие дисфункциональных маточных кровотечений (аналогично, $p < 0,01$), наличие эндометриоза отмечалось в подгруппе остеопороза в 2 раза чаще, чем при нормальной МПКТ ($p < 0,01$). Имелось более чем трехкратное, но недостоверное, превышение частоты операций на придатках матки в анамнезе в подгруппе остеопороза.

При анализе акушерского анамнеза в обеих группах снижения МПКТ отмечалось превышение частоты женщин с числом родов 3 и более ($p < 0,05$; $p < 0,05$), с длительным периодом лактации ($p < 0,05$; $p < 0,01$), частыми родами (интервал менее 2-х лет) – только в подгруппе остеопороза ($p < 0,05$). В этой же подгруппе имело место достоверное превышение частоты применения гормональных контрацептивов ($p < 0,05$).

Кроме того, был проведен анализ частоты других факторов риска, включая сопутствующую соматическую патологию и вредные привычки.

Среди последних выделены системные заболевания соединительной ткани, частота остеопении при которых была в 12 раз, а остеопороза – почти в 100 раз выше, чем в группе сравнения. Среди данных факторов риска в популяции превалировал ревматоидный артрит, системная красная волчанка и болезнь Бехтерева. Отмечалась также более высокая частота заболеваний желудочно-кишечного тракта у женщин с остеопеническим синдромом, однако различия с группой с нормальной МПКТ были недостоверны. В структуре факторов риска превалировали также эндокринные заболевания, сопровождающиеся нарушением функции органа. В том числе, наибольшее превышение частоты патологий костной ткани отмечалось при гиперфункции органа. Кроме того, в качестве выявленных причин снижения МПКТ следует отметить патологию гипофиза и надпочечников.

Хронические заболевания органов дыхания оказывают неблагоприятное влияние на состояние МПКТ двумя путями – посредством метаболических нарушений, общих для всего организма, и в ходе лечения – при применении глюкокортикостероидной терапии. Как в случае бронхиальной астмы, так и хронического obstructивного бронхита отмечалось превышение частоты снижения МПКТ, хотя различия с группой, находящейся в пределах нормативных показателей, были недостоверными.

Аналогично негативное влияние на состояние костной ткани оказывает наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Наиболее значительные различия между группами обследованных женщин (остеопороз и нормальная МПКТ) были выявлены при наличии артериальной гипертензии – в 2,5 раза ($p < 0,05$). Относительно небольшое число случаев ревматической болезни сердца и нарушения церебрального кровообращения не позволили сделать определенных заключений по МПКТ при данной патологии.

Несколько (недостоверно) выше в случаях наличия остеопенического синдрома была частота анемии, пиелонефрита. Среди прочих хронических заболеваний почек гломерулонефрит ассоциировался с резким повышением частоты случаев остеопенического синдрома как на уровне остеопении, так и остеопороза. При хронических инфекционных заболеваниях, таких как туберкулез и бруцеллез, частота остеопороза превышала группу нормальной МПКТ в 3-5 раз.

Одним из важных факторов развития снижения МПКТ является системное применение глюкокортикостероидных препаратов. В нашем исследовании была подтверждена данная особенность в обеих группах снижения МПКТ. Различия с контролем по остеопении составляли более 3 раз, а по остеопорозу – более 12 раз ($p < 0,05$). Также, имелось превышение и по частоте развития остеопенического синдрома, на фоне применения ингаляционных глюкокортикостероидов, однако, менее выраженные, чем при использовании системных гормональных препаратов.

Одним из важных факторов риска развития снижения МПКТ в современных условиях считают курение. К сожалению, частота данной вредной привычки в женской популяции увеличивается. В нашем исследовании было выявлено превышение частоты курения как фактора риска при остеопении в 1,8 раза, а при остеопорозе – более чем в 2 раза по отношению к группе без снижения МПКТ. Другим существенным социальным фактором может являться злоупотребление алкоголем. Которая была определена в группе остеопении в 1,7 раза, а в группе остеопороза – в 2,2 раза чаще, чем у женщин без нарушений МПКТ.

Таким образом, в результате исследования была выявлена структура факторов риска развития остеопенического синдрома у женщин репродуктивного возраста в условиях г. Павлодар. К числу облигатных факторов риска относятся: гипостроганный синдром, частые повторные роды, курение, низкий индекс массы тела, общесоматические и ятрогенные факторы.

Литература:

1. Абишева С.Т., Батпенев Н.Д., Хамзабаев Ж.Х., Темирбаева С.Т. Минеральная плотность костной ткани у мужчин // Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии: материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ревматологии». – Шымкент, 2006. – № 1 (27). – С. 69-70
2. Беневоленской Л.И., Лесняк О.М. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации Российской ассоциации по остеопорозу. – М., 2005. – 171с
3. Иванова Р.Л., Ботабаева А.С., Каскабаева А.Ш. Минеральная плотность костной ткани в возрастно-половом аспекте у населения г. Павлодара // Наука и здравоохранение. – 2007. – №4. – С.64-67.
4. Щербавской Э.А. Функционально-метаболическая оценка костной ткани в динамике беременности и лактации: Клинико-экспериментальное исследование: автореф. ... докт. мед. наук. – Иркутск, 2004. –28-31 с.

УДК 618.33-007

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН

Л. Г. Кирпичникова, Ж. С. Сисенбаева, Б. К. Жумажанова
 ККГП «Женская консультация №1», ККГП «Женская консультация №2»,
 ККГП «Женская консультация №5», г. Павлодар

Summary

The problem of disorders in bone tissue mineral density is one of the most spread pathologies and has a high medical and social significance. The timely revealing of the modifiable risk factors on pathological decrease of the bone mineral density amongst women allows performing the timely correction of the activity of resorptive processes on the bone tissue, increasing its mineral density.

Тұжырым

Сүйек тінінің минералды тығыздығы бұзылысының мәселесі кең таралған патологиялардың бірі болып табылады және жоғары медико-элеуметтік маңыздылыққа ие. Әйелдер арасында сүйектің минералды тығыздығының төмендеуі патологиясы бойынша модифицирлеуші қауіп факторын өз уақытында анықтау сүйек тіні белсенділігінің резорбтивті үрдісін түзетуге, оның минералдық тығыздығын жоғарылатуға көмектеседі.

На сегодняшний день проблема нарушений минеральной плотности костной ткани является одной из наиболее распространенных патологий и обладает высокой медико-социальной значимостью [1,2,3]. В основе жизнедеятельности костной системы лежат два взаимосвязанных процесса: с одной стороны, созидание, образование новой кости, с другой – разрушение, резорбция старой кости. Эти процессы в костной системе осу-

ществляются с различной скоростью на протяжении всей жизни. Заболевание встречается во всех возрастных группах, диагностируется как у каждой второй женщины, так и у каждого третьего мужчины [4]. Эпидемиологические исследования показали, что нет расы, нации, страны, свободной от остеопороза [5,6]. Согласно данным исследований состояния минеральной плотности костной ткани в возрастной группе 50-59 лет вы-

явило остеопению у 33,33% (у мужчин - 27,27% и у женщин 37,50%), и наличие остеопороза среди женщин у 12,5% и среди мужчин у 9,09% (7). Результаты демографических и одновременно проводимых эпидемиологических исследований свидетельствуют, что на фоне увеличения средней продолжительности жизни имеется процесс старения населения (т.е., увеличения среднего возраста и процента пожилых и старых лиц), что определяет реальность «эпидемии» остеопороза, выражающейся в катастрофическом увеличении числа его осложнений. Следует отметить, что общественно-экономические потери остеопороза определяется в основном затратами на лечение больных с его клиническими последствиями – переломами, реабилитацию и, в случае ее невозможности – обслуживание инвалидизированных лиц [8].

Профилактике ОП придается в настоящее время особое значение: согласно официальному заключению Европейского общества по остеопорозу (EFFO) она должна быть основным приоритетом в развитии здравоохранения, и ВОЗ видит необходимость в разработке глобальной стратегии контроля заболеваемости ОП, выделяя в качестве основных три направления: профилактику, лечение, обследование. Профилактика ОП позвоночника в сравнительно молодом возрасте позволяет решить очень важную медицинскую и социальную проблему предупреждение остеопоротических переломов и снижение травматизма позвоночника. Это полностью соответствует идеологии реструктуризации здравоохранения Республики Казахстан, направленной на усиление дугоспитального звена оказания медицинской помощи.

Своевременное выявление модифицируемых факторов риска по патологическому снижению минеральной плотности кости среди женщин репродуктивного периода (нарушение менструальной и репродуктивной функции, экстрагенитальная, нейроэндокринная патология, алиментарный дефицит кальция и витамина D позволяет провести своевременную коррекцию активности резорбтивных процессов костной ткани, увеличить ее минеральную плотность [9].

Рекомендация приема препаратов кальция только по клиническому критерию сниженной эстрогенной насыщенности позволит хотя бы начать разрешать проблему первичной профилактики остеопороза у молодых женщин.

Риск остеопении /остеопороза повышается при курении, употреблении алкоголя, гиподинамии, недостаточной двигательной активности, длительной иммобилизации, низком потреблении кальцийсодержащих продуктов, дефиците витамина D в пище. На состояние костной массы может влиять недостаточность питания разного характера, но наиболее важную роль играет дефицит кальция [10]. Большинство женщин молодого возраста (более 50%, по данным эпидемиологических

исследований) не занимаются физкультурой и спортом. Совокупность высокой распространенности вредных привычек и отсутствие оздоравливающих мероприятий неблагоприятным образом сказываются на состоянии здоровья женщин. Более четверти девушек имеют хронические заболевания, наличие которых неминуемо отражается на репродуктивном здоровье и на метаболизме, в том числе, метаболизме костной ткани.

Литература:

1. Коротаяев Н.В., Ершова О.Б. Этиология и патогенез снижения костной массы у женщин молодого возраста (обзор литературы) // Остеопороз и остеопатии. – 2006. – №2. – С. 19–25.
2. Малинин В.Л. Классификация дефицита минеральной плотности костной ткани в молодом возрасте // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – Том 165, № 6. – С. 108.
3. Руководство по остеопорозу / Официальная публикация Российской ассоциации по остеопорозу; под ред. Л.И. Беневоленской. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 524 с.
4. Лесняк О.М. Социальные и экономические последствия непредотвращенного остеопороза и возможные пути организации его профилактики. // Тезисы докл. Третий Российский симпозиум по остеопорозу. – Санкт-Петербург, 2000. – С.76–77.
5. Беневоленская Л.И. Проблема остеопороза в современной медицине // Consilium Medicum – 2004. - Vol6 (2). – Р. 176-177.
6. Турекулова А.А. Медико-социальные аспекты остеопороза у городского населения: автореф. дис. докт. мед. наук. – Алматы, 2008. - 3-4 с.
7. Иванова Р.Л., Горемыкина М.В., Ботабаева А.С., Алина К.М., Мурина Н.А. Состояние минеральной плотности костной ткани у лиц молодого возраста г. Семей // II Международная конференция «Медико-социальная реабилитация населения экологически неблагоприятных регионов», посвященная 55-летию Семипалатинской государственной медицинской академии.- Семей, 2008. - С.22.
8. Беневоленской Л.И., Лесняк О.М. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации Российской ассоциации по остеопорозу. - Москва, 2005. -С.171
9. Беневоленская Л.И. Остеопороз - актуальная проблема медицины // Остеопороз и остеопатии. 1998. - №1. - С. 4-7
10. Абишева С.Т., Хамзабаев Ж.Х., Турмухамбетова А.А. Остеопороздың қазіргі замандағы диагностика әдістері // Лучевая диагностика и радиационная безопасность на современном этапе. Материалы республиканской научно-практической конференции с Международным участием.- Астана, - 2004. - П. 209-216.

УДК 618.1-002.1

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ Т. Е. Сейталиева К. Е. Жаксыбаева ККГП «Женская консультация №4», г.Павлодар

Тұжырым

Сонымен қатар «Нео-пенонтран» препаратымен бактериалды вагинозды емдегенде жоғары нәтижеде клиника-лабораторлы әдістермен анықтағанда жаксы қабылданады, пайдаланғанда ыңғайлы. Алған нәтижелерді комбинирленген төмен-мөлшерлі препарат «Нео-пенонтран»-ды гинекологиялық тәжірибеде кең қолдануға болады.

Бактериальный вагиноз (БВ)- под этим термином понимается заболевание, характеризующееся появлением обильных выделений из половых путей при отсутствии в них патогенных возбудителей (гонококков, трихомонад), а также отсутствием признаков воспаления слизистой оболочки влагалища. Бактериальный вагиноз в структуре инфекционных заболеваний влагалища занимает одно из лидирующих мест. Так, среди пациенток с неспецифическим кольпитом, преимущественно в репродуктивном возрасте, бактериальный вагиноз выявляется у 61%.

По определению многих авторов бактериальный вагиноз – это дисбиоз биотопа влагалища, вызванный усиленным ростом преимущественно облигатно-анаэробных бактерий и резким снижением концентрации лактобактерий. Возникновение бактериального вагиноза связано с нарушением нормальной микрофлоры влагалища, при этом возникают условия для размножения таких условно болезнетворных микроорганизмов как гарднереллы. Поэтому, бактериальный вагиноз иногда называют гарднереллезом, хотя это не совсем правильно: гарднереллы встречаются и у здоровых женщин. Таким образом, бактериальный вагиноз можно считать дисбактериозом влагалища. В отличие от пациенток с нормальной флорой больные с бактериальным вагинозом имеют не факультативные, а анаэробные лактобациллы. Кроме того, здоровые женщины колонизированы H_2O_2 -продуцирующими лактобациллами, тогда как лактобациллы у больных с бактериальным вагинозом обладают недостаточной способностью продуцировать H_2O_2 , которая подавляет рост патогенных микроорганизмов ввиду прямой токсичности. Концентрация различных факультативных (*G. vaginalis*) и анаэробных (*Bacteroides Pertococcus*) бактерий при бактериальном вагинозе выше, чем у здоровых женщин. Общая концентрация бактерий во влагалище возрастает до 10^{11} в 1 мл. Большие концентрации этих микроорганизмов влекут за собой изменения в состоянии влагалища.

Так, уменьшение содержания молочной кислоты, продуцируемой факультативными лактобациллами, приводит к повышению pH, что в свою очередь стимулирует рост анаэробных микроорганизмов. При увеличении бактериального роста при бактериальном вагинозе возрастает продукция аномальных аминов факультативными анаэробами. Амины при увеличении вагинального pH становятся летучими, обуславливая типичный «рыбный» запах, усиливающийся при добавлении 10% раствора КОН во влагалищный секрет.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности комплексной коррекции микробиоценоза нижнего отдела генитального тракта препаратом «Нео-пенонтран».

Объем и методы исследования. Основную (1-ю) группу составили 30 пациенток с БВ, которым лечение проводилось препаратом «Нео-пенонтран». На контрольных осмотрах присутствовало 38 пациентки с диагностированным у них БВ, которые не получали лечение.

В исследуемой группе женщин с бактериальным вагинозом проведено анонимное анкетирование для выявления определяющих факторов развития заболевания.

Все проводимые мероприятия были разделены на клинические и лабораторные. Клинические включали общегинекологическое и специальное обследование, проводимые во время приема и консультирования пациенток.

Для исследования отбирались женщины с первым эпизодом БВ. Пациентки, принимавшие в последние две недели перед осмотром антибиотики или использовавшие спринцевания, влагалищные души и местно действующие препараты, исключались из исследования. Обязательным условием являлось отсутствие полового контакта в последние 72 часа до обследования. При первом визите проводилось анонимное анкетиро-

вание пациенток для получения демографических и анамнестических данных.

При первом визите оформлялось письменное информированное согласие на проведение исследования. Для сбора демографических и других данных использовалась стандартизованная анкета, которая включала вопросы о частоте половых контактов, используемой контрацепции, особенностях интимной гигиены, таких как спринцевание, вид белья и одежды, использования нижнего белья во время сна и т.д.

Планировалось четыре повторных визита: первый через десять дней после I-го этапа лечения БВ («Нео-пенонтран» один вагинальный пессарий на ночь и один утром в течение 7 дней); второй через десять дней после II-го этапа лечения (восстановление биоценоза влагалища культурой собственных штаммов лактобактерий); третий и четвертый визиты соответственно через 3 и 6 месяцев. При возникновении рецидива БВ пациентка самостоятельно обращалась к врачу.

Для анализа и интерпретации результатов исследований использовали средства обработки табличного процессора Microsoft Excel 2002.

Оценка результатов лечения.

Проведенный анализ клинико-лабораторных данных, полученных при обследовании и лечении пациенток, страдающих бактериальным вагинозом, у которых в комплексной терапии данной патологии применялся «Нео-пенонтран», свидетельствует о высокой эффективности этого препарата. После применения 3–4 вагинальных суппозитория у 24 больных (76%) значительно уменьшились такие проявления заболевания, как обильные патологические выделения из половых путей, чувство дискомфорта во влагалище, гиперемия слизистой влагалища и вульвы. После окончания курса терапии препаратом «Нео-пенонтран» (на 6-7 день от начала лечения) клинико-лабораторные проявления бактериального вагиноза исчезли у 29 обследованных больных (96%).

Второй этап терапии, проводимый зубиотиками, способствовал восстановлению количества лактобацилл во влагалищном содержимом.

Контрольное обследование на 19–20 день показало нормализацию влагалищного биоценоза и отсутствие клинических проявлений бактериального вагиноза у 27 пролеченных пациенток – 90% соответственно.

У одной больной (33,3%) возник ранний рецидив заболевания, у двух больных (66,6%) данная терапия оказалась неэффективной, что, вероятно, было связано с недостаточностью местной терапии бактериального вагиноза и наличием у этих больных проявлений общего дисбактериоза.

Таким образом, полученные клинико-лабораторные данные, с помощью которых оценивались результаты лечения бактериального вагиноза по предлагаемой схеме, подтверждают высокую эффективность препарата «Нео-пенонтран» в терапии этой патологии, а также хорошую переносимость и удобство применения этой лекарственной формы. Препарат «Нео-пенонтран» может быть рекомендован для широкого практического применения в гинекологической практике.

Литература:

1. Анкирская А.С. Гинекология, 1999, 1 (3): 80–82.
2. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия, М., 2000.
3. Миронова Н.Г. Бактериальный вагиноз. Новый метод восстановления биоценоза влагалища / Н.А. Краснова, Н.Г. Миронова // Вестник Самарского государственного университета. – Самара, 2006. - № 6/2 (46). – С. 95-99.
4. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение): Дисс.канд.мед наук. М.1996г.

УДК 616.34-007.253-089.46

ФЛЕГМОНА ГРЫЖЕВОГО МЕШКА**Р. Р. Нигматуллин****ГККП «Больница скорой медицинской помощи», г. Павлодар**

Флегмона грыжевого мешка – это состояние, когда возникающий от различных причин воспалительный процесс захватывает грыжевой мешок или его содержимое, или оба вместе.

Острое воспаление грыжи (по Вульштейн, А.П. Крымову, Iason, П.Н. Напалкову и др.) может быть различного происхождения:

1) От воспалительного процесса в органах, находящихся в просвете грыжевого мешка (терминальные илеиты, брюшнотифозные язвы, язвы желудка, аппендицит, дивертикулит, перфорации от инородных тел и др.);

2) От воспалительного процесса в самом грыжевом мешке в более редких случаях (локализованный перитонит грыжевого мешка от криптогенной инфекции, туберкулезного поражения мешка и др.);

3) От воспалительного процесса в органах, расположенных по соседству (эпидидимит, орхит, лимфаденит и др.), а также при распространении инфекции со стороны кожных покровов (пиодермиты, фурункулы, изъязвления, инфицированная хроническая экзема и др.).

Случаи воспаления грыжи встречаются довольно редко – от 0,3% (М.И. Павловский) до 1% ко всем случаям брюшных грыж. На базе ГККП «БСМП» мы провели ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных за последние 5 лет, и выявили лишь 2 случая флегмоны грыжевого мешка. Причем оба случая отделяет промежуток в два дня, и хотим поделиться опытом.

Больной В., 1974г.р., поступил 10.05.2011г. с жалобами на наличие болезненного грыжевого выпячивания в области пупка, тошноту, отсутствие аппетита, повышение температуры тела до 37,6 гр.С. Считает себя больным около 7 суток, когда появились боли в области выпячивания, грыжа перестала вправляться в брюшную полость, постепенно появилась тошнота, слабость. Около двух суток назад повысилась температура тела до 37,6 гр.С. Грыженоситель около 3 месяцев, появление грыжи связывает с работой. Общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области грыжи. Симптомов раздражения брюшины нет. В пупочной области имеется грыжевое выпячивание размером 6,0х5,0 см, при пальпации напряженное, болезненное, не вправляется в брюшную полость, кожа гиперемирована, симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Анализ крови: Л.-8,7*10⁹/л, п. 3%, с. 64%, л. 28%, м. 5%, Эр. – 3,8*10¹²/л, Нв – 154 г/л, СОЭ – 17мм/ч. Выставлен диагноз – ущемленная пупочная грыжа. Флегмона грыжевого мешка. После проведенной предоперационной подготовки произведена экстренная операция. Под эндотрахеальным наркозом произведена операция Грекова. Единым блоком с апоневрозом и брюшиной иссечен грыжевой мешок, в последнем содержимым является салыник. Резецирован. В брюшной полости выпота нет. Произведена пластика местными тканями. Гладкое течение послеоперационного периода. Швы сняты на 8 сутки, рана зажила пер-

вичным натяжением. Больной выписан на 8 сутки в удовлетворительном состоянии. Гистологически пришло подтверждение флегмоны грыжевого мешка.

Больная К., 1927г.р., поступила 12.05.2011г. с жалобами на наличие болезненного грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца, боли в верхних отделах живота, тошноту, вздутие живота, отсутствие аппетита, повышение температуры тела до 37,6 гр.С. Считает себя больной около 7 суток, когда появились боли в области выпячивания, грыжа перестала вправляться в брюшную полость, постепенно появились боли в верхних отделах живота, присоединилась тошнота, слабость. Грыженоситель около 6 лет. Ранее оперирована по поводу образования сигмовидной кишки, выведена колостома. Общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Пульс 88 в минуту, ритмичный. АД 130/90 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот подвздут, в акте дыхания участвует. При пальпации мягкий, болезненный в области грыжи. Симптомов раздражения брюшины нет. В гипогастрии по срединной линии имеется послеоперационный рубец длиной до 20 см, без признаков воспаления. В области 1/3 рубца, на 3 см ниже пупка, имеется грыжевое выпячивание размером 5,0х4,0 см, при пальпации напряженное, болезненное, не вправляется в брюшную полость, кожа гиперемирована, симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Анализ крови: Л.-7,9*10⁹/л, п. 2%, с. 54%, л. 38%, м. 6%, Эр. – 4,1*10¹²/л, Нв – 119 г/л, СОЭ – 27мм/ч. Выставлен диагноз – ущемленная послеоперационная вентральная грыжа. Флегмона грыжевого мешка. Функционирующая колостома. После проведенной предоперационной подготовки произведена экстренная операция. Под эндотрахеальным наркозом, двумя полулунными разрезами, единым блоком с апоневрозом и брюшиной иссечен грыжевой мешок, в последнем содержимым является салыник. Резецирован. В брюшной полости выпота нет. Произведена пластика местными тканями. Гладкое течение послеоперационного периода. Швы сняты на 9 сутки, рана зажила первичным натяжением. Больная выписана на 9 сутки в удовлетворительном состоянии. Гистологически пришло подтверждение флегмоны грыжевого мешка.

Таким образом, мы хотели обратить ваше внимание на то, как клинически протекает флегмона грыжевого мешка. Хотя этот вид осложнения встречается очень редко в практике, но не теряет своей актуальности, и по сей день. А это в свою очередь заставляет практического врача искать различные подходы и методы лечения.

Литература:

1. Федоров В.Д., Емельянов С.И. Хирургические болезни. МИА. – М., 2005
2. Нурахманов Б.Д., Клиническая хирургия. Эверо. – Алматы. 2009
3. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. М. – М., 1969
4. Астапенко В.Г. Справочник хирурга. Минск «Беларусь», 1980
5. Кузин М.И. Хирургические болезни. М. – М., 2002
6. Вишневецкий А.А., Левита В.С. Частная хирургия. М. – М., 1963

УДК 616.31 - 089

ЖОҒАРҒЫ ЕРІННІҢ ЖӘНЕ ТАҢДАЙДЫҢ ТУА БІТКЕН КЕМІСТІГІНІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

А. Қ. Боленбаев

Семей қ. ММУ МО жақ-бет бөлімі

Резюме**Хирургическое лечение врожденных дефектов верхней губы и неба**

В этой работе представлен хирургический метод лечения губы и неба, улучшающий речь и косметический вид лица больных.

Summary**Surgical method of treatment a labial and palate**

In this work presented surgical method of treatment a labial and palate improving patients cosmetically vein and speech.

Жоғарғы еріннің және таңдайдың туа біткен кемістіктері әлемдегі кемістіктер арасындағы 2 орында және анатомиялық және қызмет бұзылыстарында жүретін, беттің даму кемістігінің ауыр түрлеріне жатады. Бүкіл дүние жүзілік денсаулық сақтау мәліметтері бойынша жоғарғы еріннің және таңдайдың туа біткен кемістігіні 1000 нәрестеден 0,6-1,6 кездеседі. Жоғарғы ерін және ерінде балаларда анатомиялық және қызметтік бұзылыстар баланың тек дамуын тежеумен қатар, психикалық жағдайына әсер етеді, көбіне олар түйық және өзін кем сезінеді.

Жоғарғы еріннің және таңдайдың туа біткен кемістіктерін емдеу қалпына келтіру хирургиясының күрделі бөлімі. Операция ақауды косметикалық жою және бет қалпын келтірумен ғана шектелмейді. Әсіресе соңғы жылдары анатомиялық құрылымдарды толық қалпына келтірумен қатар бет кемістігінің ары қарай дамуына әсер етуіне байланысты хирургиялық ем шаралардың жарақаттауы аз болуы тиіс.

Бұл мәселенің өзекті болуы тек осы патологиямен, балалардың санының артуымен бірге хирургиялық емдеу тәсілдердің таңдауда қиындықтары бар. Дәстүрлі емдеу тәсілдердің толық жетілмеуі және хирургиялық қалпына келтіру тәсілін дұрыс таңдалып және жас мөлшеріне қарай таңдамау операциядағы кейінгі қызметтік және косметикалық бұзылыстарға әкелуі.

Бірінші хирургиялық коррекцияда баланың сөйлеу және есту қабілетіне, жоғарғы жақтың және беттің ортанғы бөлігінің дамуына әсер етумен байланысты, операция жүргізу мерзімі туралы таластар көп. Хейлопластиканы 6-8 ай аралығында жасауды В.И. Знаменский (1981ж), А.П. Агроский (1985ж); Ю.И. Бернадский (1999ж); Т.К. Супиев (1995ж) т.б авторлар ұсынады. Авторлардың ой бойынша осы айлар аралығында мұрын және жоғарғы еріннің анатомиялық пішіні айқындалады осыған байланысты хирургиялық коррекцияны жүргізу жеңілдейді. Басқа жақ-бет хирургтары Н.Н. Колпанов (1991ж), В.В. Рогинский (1987ж) және т.б. баланың жалпы жағдайын ақаудың түріне байланысты хейлопластиканы 4 айдан 6 ай аралығында жүргізуді ұсынады. Қазіргі уақытта хейлопластиканың 60 тәсілі бар. Негізгі және тиімді тәсілі хейлопластиканың қиынды тәсілі.

Семей қаласы ММУ жақ-бет бөлімінде Лимберг-Обухова тәсілі арқылы жүргізіледі. Ерін және қатты жұмсақ таңдай кемістіктерінің бірінші кезеңі веллопластика жұмсақ таңдай және хейлопластика 6 айында жасалады.

Бұл косметикалық және қызметтік нәтежиелерге таңдай – жұтыншақ сақинасын жетілдірумен қатар, қатты таңдайдағы ақаудың енін тарылтады, сөйлеу қабілетінің дамуына және қалыптасуына әсерін тигізеді.



9 айдан кейін екінші кезең уранопластика операциясы Фролова Л.Е әдісімен жүргізіледі. Таңдай пластикасы жергілікті тіндер арқылы таңдай пластинкасы шырышты сүйек қабықшасы қиындыларын жылжыту арқылы жүргізіледі. Ақау аймағына тілік жасалынып, жаңғы бөліктеріне де қосымша тіліктер жасалынады. Шырышты қабықты маңындағы тіндерден ажыратып ақау аймағына жақындатып тігіс салынады. Остеотомия жүргізілмейді. Уранопластика операциясының негізгі қағидалары таңдайдағы ақауды ұзына бойына жабу. (фиссурорафия). Жұмсақ таңдайды ұзарту (Ретротраспозиция). Жұтқыншақтың ортанғы бөлігін кішірейту (мазофарингоконструкция).

Әдебиеттер:

1. Рогинский В.В., Безруков В.М., Иппрлитов В.П. Врожденные пороки черепно-лицевой области и шеи // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии –М.,2000.Т.2.-С.7-93.
2. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии /Под ред. В.М. Безрукова и Т.М. Робустовой. –М.,2000.-Т.1-722с.-Т.2-488с.
3. Семенченко Г.И., Вакуленко В.И врожденные незаращения верхней губы и неба. –Киев, «здоровья», 1968.-228с.
4. Тимофеев А.А Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев -2002.

УДК 616.31 - 089

ЖАҚТЫҢ АМЕЛОБЛАСТОМАСЫ (АДАМАНТИНОМА)**А. С. Тилеубаева, Г. К. Каженова, А. Қ. Боленбаев**
Семей қ.ММУ МО жақ-бет бөлімі**Резюме****Амелобластома челюсти (адамантинома)**

В работе представлен случай амелобластомы челюсти (адамантинома), виды и клинический пример.

Summary**Ameloblastoma jaw**

In this book presented the form of ameloblastoma and form and jaw.

Амелобластомаға эпителиальді тіңдерден дамытын көптеген одонтогенді ісіктер жатады. Осы топқа шынайы амелобластома (синонимдары: адамантинома, адамантиномді эпителиома, адамантиномді бластома және т.б.), амелобластикалық фиброма (синонимы: жұмсақ одонтома), аденоамелобластома (адамантиномді одонтогенді ісік), амелобластомдық фиброодонтома жатады. Бұл ісіктердің барлығы инвазивті (инфилтративті, деструктивті) өсумен мінезделеді. Жақ сүйек ішінен дамыған ісік жұмсақ тіңдерге қарай өседі. Эмаль органы эпителийінен немесе Малассе клеткаларына ұқсас эмбрион эпителий қалдығынан пайда болатын тіске байланысты өсетін ең жиі кездесетін ісік. Көп атауының болуы (көп камералы кистама, пролифферацияланушы жақ кистасы, орталық парадентарлы кистама, кистааденома, адамантином т.б.) оның құрылысының күрделі клиникалық көріністерінің маңызды екенін дәлелдейді.

И.И.Ермолаев амелобластомалардың тоғыз түрлі вариантын ажыратады:

1. Тіс ұрығының эмаль мүшесіне ұқсас құрылымы бар;
2. Стромасынан едәуір үлкен трабекулярлы немесе құрылысы альвеолярлы тәрізді паренхимасы бар;
3. Эпителийдің дистрофиялық өзгерістерінің нәтижесінде пайда болған ірі онкоцит тәрізді клеткалары басым;
4. Паренхимасында кейде эпидермоидты құрылысы бар ангиоматоз бен қан құйылу ошақтары бар кәдімгі плексиморфты түрі;
5. Тіс өсіп шығатын жапырақшаға ұқсас бұтақты эпителий жолшалары бар;
6. Әрі қарай дамымайтын тығыз орналасқан базальды клеткалардың үлкен жолшалары мен жинағынан тұратын;
7. Конгруентті орналасқан эпителийальды клеткалы алаңдарының бар екендігімен сипатталады. Олар стромасы гиалиноздальып түзілген денелері кейде минерал тұздары шайылуына шалдыққан тікенек қабаттарына ұқсас.
8. Жиналған оксифилді ошақтарының минерал тұздары шайылып аденоматозды құрылымдарының басымдылығымен ерекшеленеді.
9. Пигментті клеткалы, альвеолярлы құрылымды шағын ошақтары бар.

Амелобластома көбінесе 17-45 жас аралығында кездеседі. Біздің бақылауларымыз бойыншы жақтың одонтогенді қатерсіз ісктердің 3% құрайды. 99% төменгі жақта кездеседі. Амелобластомалардың 5% дейіні қатерлі ісікке айналып, лимфа түйіндеріне метастаздар береді. Амелобластома өте баяу өседі. Сондықтан науқастар дәрігерге ісіктің көлемі ұлғайған кезінде қаралады. Науқастар көбінесе бет әлпетінде ісіктің болуына және жақта, тістерінде сыздап ауырсындығы болуына шағымданады.

Объективті: бет әлпеті асимметриялы, жақтың ұлғаюынан. Пальпация жасағанда ісік ауырсынусыз, тығыз консистенцияда. Ауыз қуысының ашылуы толық. Өтпелі қатпар ісік аймағында тегістелген. Шырышты

қабық ісік аймағында өзгерісіз. Кейбір уақыттарда ісік кортикальді пластинканың құрылымын бұзып, жұмсақ тіңдерге қарай өседі. Патологиялық аймақтағы тістер қозғалмалы болуы мүмкін.

Клиникалық картинасында тек амелобластомаға тән белгілер болмауына байланысты диагноз қоюда рентгенологиялық зерттеу маңызды. Амелобластоманың көптеген түрлеріне тән рентгенологиялық суреттеме жақта бір-бірінен перделер арқылы бөлінген бірнеше қуыстардың болуы. Ісіктің өсуіне байланысты қуыстарды бөліп тұрған перделер кейбір уақыттарда жойылып, ібір үлкен қуысқа айналады. Қуыс ішінде ретенцияға ұшыраған тіс болуы мүмкін. Сондықтан ажырату диагностикасы фолликулярлы кистамен жүргізіледі. Жақ кисталарының рентген суретемесінде жақ ішіндегі қуыс тіс түбірі немесе ретенцияға ұшыраған тіс сауытының анатомиялық мойыны аймағында орналасады.

Клиникалық мысал: Науқас А. 38 жаста ,сырқаттама № 1256. 15.01.2010 – 25.01.2010 аралығында жақ - бет бөлімінде жатқан.

Анамнезінде: 6 ай бұрын профилактикалық қарау кезінде төменгі жақтағы ісік анықталып, жоспарлы түрде операцияға келген.

Объективті: бет әлпеті асимметриялы, төмегі жақтың денесінің, бұтағының ұлғаюынан. Төменгі жақ асты лимфа түйіндері ұлғаймаған. Ауыз қуысының ашылуы толық. Өтпелі қатпар 4.5, 4.6, 4.7 тістер проекциясында тегістелген. Пальпация жасағанда флюктуация анықталады. Төменгі жақтың сол бөлігінің рентгенінде төменгі жақтың бұтағы және денесінің аймағында шекарасы анық, қуыс анықталады, төменгі жақтың сыртқы шеті сақталған.

Операция. Эндотрахеальды наркозбен 45 тістен ретромолярлы аймаққа дейін тілік жасалынды. Шырышты қабық сүйек қабықшасымен сыдырылды, жақтың кортикальді беті толығымен желінген. Іші сары түстес сұйықтыққа толы қуыс табылды. Өсімнің қабырғалары толық алынды, 46, 47, 48 тістер жұлынды, қуыс іші сутегі асқын тотығымен жуылды, қан тоқтатылды, шырышты қабық орнына қойылып, кетгутпен тігіс салынды, жара үсті йодоформды тампонмен жабылды. Операциядан кейінгі кезеңде екінші күні науқаста невриттің белгілері (төменгі жақтың құлаққа, самайға беріліп ауруы, ұюы) байқалды. Бесінші күні неврит белгілері жойылды.

Патогистологиялық диагноз: Төменгі жақтың оң бөлігінің амелобластомасы.

Әдебиеттер:

1. Безрукова В.М., Робустовой Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Том.1., Москва., - Медицина, 2000г.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев – 2002.
3. Рогинский В.В., Безруков В.М., Ипприлов В.П. Врожденные пороки черепно-лицевой области и шеи // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии – М., 200. Т.2.- С.7-93.

**Ушкац Людмила Константиновна****К 60 – летию со дня рождения!**

Ушкац Людмила Константиновна окончила Семипалатинский государственный медицинский институт в 1974 году по специальности лечебное дело. Интернатуру прошла на базе ОКБ. С 1975 по 1979 г. работала на станции скорой помощи. Обучалась в клинической ординатуре на кафедре внутренних болезней №1 с 1979 по 1981г., по окончании которой работала ассистентом кафедры факультетской терапии.

В 1995г. защитила кандидатскую диссертацию в г. Алматы на тему «Сравнительная характеристика эффективности различных вариантов медикаментозного лечения хронических гепатитов вирусной этиологии».

С 1996г. назначена на должность доцента кафедры терапии №2 СГМА. В 2003 г. по приказу ректора переведена доцентом кафедры терапии №1 Павлодарского филиала СГМА факультета усовершенствования врачей. С 2009 года вновь является доцентом кафедры интернатуры.

Научно-педагогический стаж – 29 лет, врачебный – 37 лет.

Ушкац Л.К. автор и соавтор 102 научных работ. Ею внедрены новые и перспективные методы лечения. В 2003 году изданы два методических пособия на темы: «Хронический гепатит», «Шаговая методика практических навыков для студентов и врачей-интернов».

Она много внимания уделяет современным методам диагностики в клинике, вопросам оптимизации лечения больных с хронической коронарной и сердечной недостаточностью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Консультирует больных в БСМП г. Семей. Активно участвует в проведении патологоанатомических, клинических конференций, врачебных консилиумах.

Ушкац Л.К. грамотный врач высшей категории, владеет всеми необходимыми практическими навыками, предусмотренными квалификационной характеристикой врача терапевта, соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, аккуратно ведет медицинскую документацию.

К своим обязанностям относится добросовестно, отличается высокой исполнительской дисциплиной. Ей неоднократно объявлялись благодарности с занесением в личное дело. Награждена почетной грамотой комитета здравоохранения г.Алматы.

Она является завучем кафедры и ответственным по интернатуре. Пользуется авторитетом и уважением среди больных, сотрудников ГМУ г. Семей и практического здравоохранения.

Коллектив кафедры внутренних болезней и интернатуры желает Вам крепкого здоровья, творческого долголетия, побольше теплых, радостных, счастливых дней, удач, новых замыслов и дерзких решений. Спасибо Вам за высокий профессионализм, любовь и верность к терапии!

Ассоциация врачей терапевтического профиля города Семей

Государственный медицинский университет г. Семей

Подписано в печать 30.08.2011 г.

Формат А4. Объем 18,0 усл.п.л. Тираж 300 экз.

Адрес: 071400, г. Семей, ул. Абая, 103.