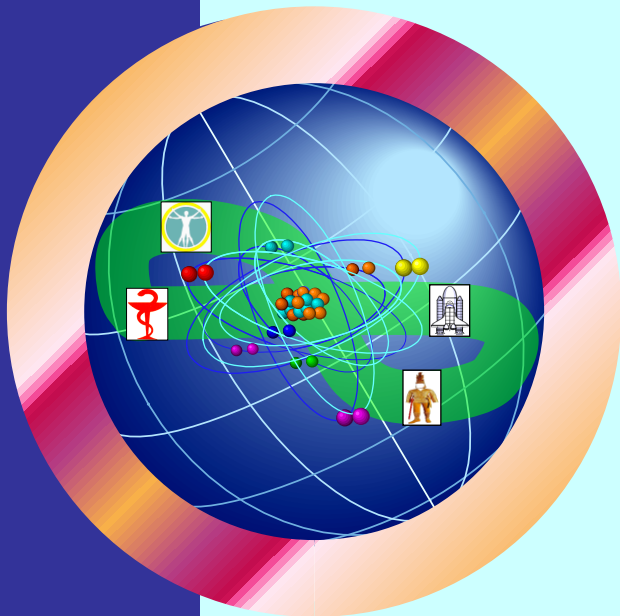




Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



6' 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

№ 6 2011 г.

Журнал основан в 1999 г.

С 2001 г. журнал входит в
перечень изданий, Комитета
по контролю в сфере
образования и науки МОН 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) 56-42-09 (вн. № 1054)
факс: (7222) 56-97-55

РНН 511700014852
ИИК KZ416010261000020202
БИК HSBKZKX
Региональный филиал «Семей»
269900
АО «Народный банк
Казахстана», г. Семей
КБЕ 16
БИН 990340008684

Технический секретарь
Сапаргалиева Э.Ф.

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

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии
Государственного
медицинского университета
г. Семей

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

Вопросы медицинского образования

Т.К. Рахыпбеков	5
Об образовательной деятельности Государственного медицинского университета города Семей	
Организация здравоохранения Республики Казахстан	
Т.К. Рахыпбеков, Г.Н. Танатарова, К.Ж. Баильдинова	7
Реализация государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на основе повышения уровня знаний специалистов ПМСП по Восточно-Казахстанской области	
Г.Т. Корабаева, В.В. Койков, С.Б. Абдраимов, А.С. Айкешева	8
Региональные особенности распределения финансовых средств на стационарную помощь в 2009 году	
Ж. Ергалиева, В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.Б. Абдрахманов	12
Особенности финансирования здравоохранения в Республике Казахстан	
В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.К. Альмадиева, А.Б. Абдрахманов, Г.Т. Корабаева	13
К вопросам сравнительного анализа методов финансирования круглосуточной стационарной помощи в 2009 и 2010 годах	
В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.Б. Абдрахманов, С.Б. Абдраимов, А.К. Альмадиева, Г.Т. Корабаева, Ж.А. Ергалиева	18
Международный опыт применения методов сравнительной оценки эффективности в здравоохранении	
А.Б. Абдрахманов, А.С. Айкешева, А.К. Альмадиева, Г.Т. Корабаева, Ш.К. Каюпова, Ю.С. Сидоркина, Ж.А. Ергалиева	21
Оценка эффективности затрат на стационарную помощь на примере летальности в круглосуточном стационаре	
Г.Т. Корабаева, А.К. Альмадиева, В.В. Койков, А.Б. Абдрахманов, Ю.С. Сидоркина	25
Влияние человеческого фактора на использование медико-экономических тарифов	
Обзоры	
Н.И. Кидирбаев	27
Эволюция диагностики эректильной дисфункции при синдроме Лериша. (Обзор литературы)	
Статьи	
Н.И. Кидирбаев, В.С. Аракелян, М.В. Шумилина	32
Состояние эректильной функций у больных после эндоваскулярных и открытых оперативных вмешательств при синдроме Лериша	
Т.М. Мухамеджанов	39
Результаты постоянной имплантации электрокардиостимуляторов на базе Восточно-Казахстанской областной больницы за период с 1987 по 2011г.г.	
М.В. Горемыкина, С.К. Турсумбекова, З.С. Тыныштыкова, Л.М. Бакаева	41
Нарушения ритма сердца при дисплазии соединительной ткани сердца у лиц молодого возраста	
Л.М. Бакаева	43
Кардиологиялық науқастардың еміндегі нитраттардың орны	
З.Л. Алимбекова	46
Диспансеризация больных с ишемической болезнью сердца в поликлинике «Хақим» города Семей	
М.В. Горемыкина, С.К. Турсумбекова, З.С. Тыныштыкова	49
Ультразвуковая характеристика дисплазии соединительной ткани сердца	
А.У. Шарипова	51
Ожирение и артериальная гипертония	
Б.М. Валитова	52
Основные способы лечения при избыточном весе и ожирении	
Л.Г. Гиря, Н.С. Шакенова, В.Р. Дадебаева, Е.Е. Жампозов, Г.А. Еркимбекова, В.И. Фоминых, А.Ш. Смагулова, Л.П. Боровикова, У.А. Апухтина, А.В. Киндер, Б.Б. Исабаева, М.Е. Сандыбаева, А.С. Адильгожина	54
Клинические проявления патологии органа зрения при СПИД	

А.И. Аширова	56
Применение антиоксидантов в комплексной терапии компьютерного зрительного синдрома	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Ауменов, К.Ш. Амренова, А.К. Меримгалиева, Г.Т. Ахмадуллина, Г.Т. Жакупова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова	58
Ошибки в антибактериальной терапии внебольничных пневмоний в зависимости от возбудителей и сопутствующих патологий	
Н.Х. Смагулова	59
Ауруханадан тыс пневмонияның обструктивті синдроммен өтуі	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Ауменов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова	60
Антибиотикотерапия при госпитальной пневмонии в терапевтическом и хирургическом отделениях	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Ауменов, К.Ш. Амренова, А.К. Меримгалиева, Г.Т. Ахмадуллина, Г.Т. Жакупова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова	62
Алгоритм антибиотикотерапии острой пневмонии, осложненной заболеваниями мочевыводящих путей	
Е.В. Бутенко	64
Опыт лечения кандидозных поражений легких у больных туберкулёзом орунгалом (оральный раствор)	
И.Е. Соловьев	66
Причины, способствующие заболеванию туберкулезом легких в современных условиях	
К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, С.Н. Селиханова, Г.К. Кабышева, Е.А. Ибраев, И.Е. Соловьев, М. Воробьева	68
Влияние отрицательных социальных факторов на возникновение туберкулеза у детей	
К.Б. Дюсембекова	69
Состояние здоровья часто болеющих детей города Семей	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Ауменов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова	71
Эмпирическая рациональная антибиотикотерапия менингитов у детей города Семей	
Р.К. Искакова	72
Ультразвуковые изменения при хронических диффузных заболеваниях печени у детей	
А.К. Мукашева	74
Атрофические изменения головного мозга у детей	
О.А. Ким	75
Выбор препарата железа для ферротерапии железодефицитной анемии у детей	
Б.С. Саматова	77
Опыт лечения гипоталамической формы ожирения у детей	
Ф.С. Каримова, Д.Р. Бараисова, Ж.Х. Байтанова, А.К. Мукашева, О.К. Жукова, А.К. Тасполатова	78
Комплексные подходы к лечению детского церебрального паралича	
Ж.Е. Акылжанова, Т.М. Дернова, Э.З. Гасанова, Г.У. Кайдарова	80
Профилактика остеопенического синдрома	
С.В. Сурков, Г.К. Абдикова, А.С. Мусабеков, А.В. Писмарева, К.М. Габдулгазизов	81
Социальная значимость и исходы лечения переломов диафиза костей голени	
Г.К. Абдикова	83
Анестезия при травмах конечностей	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Ауменов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова	84
Некоторые вопросы антибактериальной терапии гнойно-воспалительных состояний в хирургии	
С.К. Сайлаубаев	86
Половозрастная характеристика стационарных травматологических больных по Семейскому региону	
С.С. Кизатуллин	87
Пластика дефектов свода черепа у детей	

О.А. Ким	89
Опыт применения рекомбинантного фактора VII A в терапии и профилактике интра - и послеоперационных кровотечений	
И.А. Чиканов	90
Первый опыт эмболизации ранений периферических артерий	
Г.В. Байсекенова	92
Актуальность изучения заболеваний генитальной герпетической инфекции у женщин репродуктивного возраста	
Ж.Б. Бабашева, И.В. Красильникова, З.Л. Дзангиева, Л.Г. Пермитина	96
Артериальная гипертензия у беременных	
К.А. Тулеуов, З.Л. Алимбекова, Т.Н. Лачкова, М.К. Мухаметжанова, Р.М. Жумамбаева, Г.К. Омарова	98
Анализ результатов профилактического осмотра жителей города Семей, проживающих на участке поликлиники «Хаким»	
А.А. Алмагамбетова	100
Об опыте работы психотерапевтического кабинета в соматической поликлинике	
Г.Н. Турарова, Б.Э. Темирбекова, Л.Ю. Аймурзина	103
Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков г. Семей (2009 год)	
А.Н. Жапарбеков	104
Роль антиретровирусной терапии в профилактике туберкулёза у ВИЧ-инфицированных	
Случаи из практики	
А.К. Ахметова	106
Клинический случай конглобатных угрей	
А.К. Мукашева	107
Актуальность гидроцефалии у детей раннего возраста - как следствие перивентрикулярных кровоизлияний	
О.А. Ким, С.М. Муратова	108
Случай диагностики гемофилии у пациента с язвенной болезнью желудка	
Б.С. Саматова	109
Случай сочетания сахарного диабета с тяжелым депрессивным синдромом	
О.А. Ким, Р.Т. Джекесова	111
Случай тяжелого течения геморрагического васкулита	

УДК 61:378+614.2 (574)

ОБ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ГОРОДА СЕМЕЙ

Т.К. Рахыпбеков, профессор, ректор ГМУ г. Семей

*Государственный медицинский университет города Семей***Тұжырым****СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТТІҢ БІЛІМ БЕРЕТІН ҚЫЗМЕТІ ТУРАЛЫ***Шолуда Мемлекеттік Медицина университетінің білімнің саласындағы қызметінің негізгі бағыты көрсетілген.**Оқу процесін қалыптастыруда жаңа парадигма бағыттары жағдайында ең алдымен, маман тұлғасы, сондай-ақ профессионал, жетекші технологиялар оқытудың стратегиялық тұлғалық бағыттарын құрастыруға, оқытушылар мен студенттер арасындағы ойлаудың жаңа типін қалыптастыруға бағытталған.***Summary****ABOUT EDUCATIONAL ACTIVITY OF THE SEMEY STATE MEDICAL UNIVERSITY***In the review the basic lines of activity of the State Medical university in an education sphere are presented.**In the conditions of a new paradigm of an orientation of educational process on formation, first of all, persons of the expert, and also the professional, leading technologies become the strategy of training focused on the person which are aimed at formation of new type of thinking among teachers and students.***«Качественное образование должно стать основой индустриализации и инновационного развития Казахстана»****Из Послания Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу Казахстана «Построим будущее вместе» 28 января 2011 года.**

Государственный медицинский университет города Семей (ГМУ г.Семей) является одним из ведущих медицинских вузов Казахстана, старейшее высшее учебное заведение, динамично развивающееся, ориентированное на инновационные образовательные технологии, со значительной научной базой, современными материально-техническими ресурсами, высококвалифицированным кадровым потенциалом, богатым духовным и научным наследием.

С целью совершенствования качества учебного процесса Министерством здравоохранения проводится большая работа по обучению преподавателей вуза новым образовательным технологиям за рубежом – в Англии, Израиле, Дании, Америке, Австралии, Сингапуре, Венгрии. Кроме того, проводятся обучения внутри страны с привлечением зарубежных специалистов. Министерство здравоохранения выделяет финансовые средства для обучения преподавателей на местах, в вузах. Так, например, с целью последовательного совершенствования традиционных и внедрения инновационных форм и методов обучения, разнообразия средств активизации познавательной деятельности студентов, новых приемов организации самостоятельной работы студентов, начиная с 2007 года, проводятся циклы повышения квалификации ППС по теме «Инновационные технологии в медицинском образовании». В ноябре 2009 года университет изыскал собственные средства для участия ППС в 7-ой Азиатско-Тихоокеанской конференции (Сингапур) по медицинскому образованию. Для изучения передового опыта в области медицинского образования ГМУ г. Семей пригласил за счет своих средств, в сентябре 2010 года специалиста в области методологии медицинского образования, профессора Национального университета Сингапура Джузеппе Самарасекеру.

Для успешной реализации стандартов нового поколения сотрудники ГМУ г. Семей ежегодно обучаются за рубежом, а также на республиканских семинарах с участием ведущих зарубежных методологов. Для преподавателей со стажем менее 3 лет в вузе, организо-

вана Школа молодого педагога (ШМП), с выдачей сертификата. По результатам обратной связи, количество преподавателей, изменивших свое отношение к инновациям из пассивно- и активно-отрицательного к активно- и пассивно-положительному увеличилось.

Все преподаватели вуза вовлечены в реализацию результатов обучения:

- участие ППС в межвузовском конкурсе по презентации лекций;

- проведение преподавателями открытых занятий с обязательным присутствием методистов учебного методического центра;

- создание функциональных курсов по системам в рамках интеграции дисциплин (составление интегрированной типовой программы, интегрированных клинических случаев и т.д.)

- внедрение новых методов преподавания и оценки (например, командно-ориентированное обучение, проблемно-ориентированное обучение, симуляционные технологии, объективный структурированный клинический и практический экзамены, технология составления тестов и др.).

В 2008 г. приобретена программа для дистанционного обучения и система «Интерактивный студент». Система предназначена, главным образом, для того, чтобы родители студентов могли осуществлять контроль успеваемости своих детей в любом месте, где есть доступ в Интернет. Система представляет реальную картину успеваемости студентов для преподавателей, самих учащихся и их родителей.

Для приобретения адекватного клинического опыта внедрена трансляция хода операций в режиме on-line. В двух операционных залах Медицинского центра установлены видеокамеры, изображение с которых транслируется по локальной сети в учебные комнаты, где преподаватель комментирует ход операции. Это позволяет поднять учебный процесс на новый, более высокий уровень, поскольку в учебных комнатах (учебные комнаты могут вместить гораздо больше студентов, чем операционная) создается эффект присутствия студентов на операции.

С целью повышения качества освоения студентами и интернами практических навыков на муляжах и интерактивных компьютерных манекенах в соответствии с Концепцией реформирования медицинского и фармацевтического образования РК до 2010 года под патронажем МЗ РК в 2007г. в университете создан

Учебно-клинический центр (далее УКЦ), в состав которого входят 8 учебных классов по 5 специальностям (хирургия, терапия, акушерство и гинекология, педиатрия, анестезиология и реаниматология).

На комплектацию УКЦ электронными муляжами и тренажерами Министерством здравоохранения выделены 67 миллионов 750 тысяч тенге

Дополнительно на доукомплектацию учебно-клинических центров новейшим современным оборудованием Минздрав намерен выделять ежегодно с 2009 по 2011 годы по 70 миллионов тенге. В целях интеграции медицинского образования и науки, привлечения студентов к научно-исследовательской деятельности, проведения научно-экспериментальных работ на современном лабораторном оборудовании приобретено 5 учебных лабораторий - физиологическая, морфологическая, биохимическая, гигиеническая, микробиологическая.

Благодаря этим финансовым вливаниям внедрена отработка практических навыков у интернов хирургов, терапевтов, акушеров-гинекологов и интернов анестезиологов-реаниматологов с использованием моделей и муляжей по методике ОСКЭ (объединенный – структурированный клинический экзамен).

В УКЦ постоянно совершенствуется работа по оценке клинической компетентности. С этой целью введена процедура независимого двойного контроля оценки практических навыков. Процесс оценки осуществляется непосредственно на станциях ОСКЭ и через систему видеонаблюдения для экзаменаторов, где они оценивают сдачу практического навыка в режиме on-line по изображению на экранах монитора. В состав аттестационной комиссии в качестве независимых экзаменаторов привлекаются не только ведущие специалисты практического здравоохранения, но и представители МЗ РК и преподаватели других медицинских вузов. Такой подход обеспечивает валидность, прозрачность, независимость оценки компетентностей. Привлекаемые эксперты дают возможность получения адекватной информации об используемых методах преподавания и обучения, о соответствии материально-технического обеспечения образовательного процесса.

В работе с кадрами предусмотрены различные формы морального и материального стимулирования коллективов и отдельных работников за высокие показатели качества. Одной из основных форм является ежегодный Рейтинг кафедр и ППС, который проводится по различным номинациям и обеспечивает переход к дифференцированной оплате труда.

Всего по итогам рейтингов 2008-2010 г.г. были премированы 21 коллективов кафедр и 275 человек профессорско-преподавательского состава, дополнительно выделено более 21,5 миллиона тенге. По итогам ежегодного рейтинга коэффициент 1,0 БДО были премированы 275 человек, расходы на дифференцированную оплату труда за 2 года составили около 20 млн. тенге. И хотя даже самый совершенный рейтинг не дает 100% объективности и достоверности, он является хорошим стимулом для активизации педагогической и научной деятельности, улучшения результатов своей работы. Начиная с 2009 года, подводятся итоги рейтинга среди студентов и студенческих групп. Все победители награждены дипломами и денежными вознаграждениями.

В 2007 году в вузе были разработаны положения о присвоении звания «Золотой скальпель», «Золотой стетоскоп», «Адал еңбек үшін», «Почетный профессор ГМУ г. Семей», «Заслуженный профессор ГМУ г. Семей», «Аялы алақан». Звание «Құрметті түлегі» присваивается выдающимся выпускникам, прославившим наш университет, за вклад в процветание нашей Родины. В целом, за 4 года, награждены около 500 человек.

Система дифференцированной оплаты труда основывается на результатах рейтинга ППС и кафедр. Каждый год определяются «Лучшая кафедра», «Лучший ученый года», «Лучший заведующий кафедрой», «Лучший профессор», «Лучший доцент, старший преподаватель», «Лучший ассистент, преподаватель».

На постоянной основе проводятся бесплатные курсы по изучению английского и государственного языка для студентов и ППС. Для преподавателей, ведущих занятия на английском языке предусмотрена 25% надбавка к зарплате. Для повышения остроты теоретических кафедр ВУЗ оплатил 50% стоимости обучения в магистратуре преподавателей.

С каждым годом активно развивается и получает признание среди студентов университетская культура ГМУ г. Семей. Появились новые интересные традиции, в частности, конкурсы «Лучший студент», «Лучший куратор», «Лучшая академическая группа», «Лучшее общежитие», «Лучшая организация воспитательной работы на факультете» и др.

Осторонждающимся студентам бюджетных групп оказывается единовременная материальная помощь. Всего на эти цели было выделено более миллиона тенге. Созданная в университете Ассоциация выпускников «Alma-mater» адресно мотивирует лучших студентов. Эту инициативу в настоящее время активно поддерживают наши выпускники, работающие в разных регионах страны. На сегодняшний день по результатам экзаменационных сессий из этого фонда назначаются стипендии, для 15 студентов сирот в студенческом кафе университета ежедневно предоставляется комплексный обед.

С сентября 2010 года Мусинов Р. выплачивает стипендию имени своего отца, покойного профессора-онколога Данияла Мусинова, по 15 000 тенге двум студентам. Помимо этого студентам выплачиваются именные стипендии, например, стипендия имени профессора Т.А. Назаровой, профессора Хлопова Н.А., профессора Нагибина В.И. Объем финансовых средств, выделяемых на повышение мотивации студентов, их медицинское обслуживание и досуг возрос в 4 раза. Мы постоянно стремимся к развитию и углублению языковой базы наших студентов. Так, нетюркоязычные студенты, обучающиеся на государственном языке получают 50% надбавку к стипендии. Отечественные студенты, обучающиеся на английском языке, получают надбавку к стипендии. Поощряя развитие научной и образовательной деятельности обучающихся, университет оплачивает лучшим студентам поездки на конференции, конкурсы, дебаты и т.д.

Таким образом, в условиях новой парадигмы направленности учебного процесса на формирование, прежде всего, личности специалиста, а также профессионала, ведущими технологиями в ГМУ г. Семей становятся личностно ориентированные стратегии обучения, которые нацелены на формирование нового типа мышления среди преподавателей и студентов.

УДК 614.39(574.2)

РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН» НА ОСНОВЕ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЗНАНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПМСП ПО ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.К. Рахыпбеков, Г.Н. Танатарова, К.Ж. Баильдинова

Государственный медицинский университет города Семей

В республике остается актуальной проблема репродуктивного здоровья, сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу. Растет число ВИЧ-инфицированных, в том числе женщин. В настоящее время информационное сопровождение проблем охраны здоровья остается слабым. По данным ВОЗ, здоровье человека на 50% зависит от образа жизни. Развитие большинства хронических неинфекционных болезней (болезни сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и другие) связано с образом жизни человека. В этой связи становится важным формирование здорового образа жизни казахстанцев и развитие физической культуры.

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы предусмотрены усовершенствование методов диагностики, лечения и реабилитации больных с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, туберкулезом легких, пневмонией, сахарным диабетом, онкопатологией, вирусным гепатитом и ВИЧ-инфекцией, в том числе у беременных и их профилактика. Данные заболевания характеризуются высокой и быстро увеличивающейся распространенностью; существенной долей в структуре причин смерти и выхода на инвалидность; тяжестью течения (снижают качество жизни больных, ограничивают функциональную активность) и высокой вероятностью неблагоприятного исхода; значительным влиянием на глобальный индекс конкурентоспособности.

В связи с этим, отделом повышения квалификации и сотрудниками ГМУ г.Семей в три этапа (октябрь, ноябрь) проведены циклы повышения квалификации медицинских кадров лечебно-профилактических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) населению в целях реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг. Повышение квалификации проведены в ГМУ г.Семей и для удобства районным ЛПУ организовали выездные циклы в г.Усть-Каменогорске и г. Аягузе. Всего обучено 317 врачей и средних медицинских работников ПМСП Восточно-Казахстанской области.

Целью цикла являлась повышение уровня знаний специалистов ПМСП в области актуальных вопросов

охраны здоровья и формирование практических навыков по оказанию качественной медицинской помощи в соответствии с характером работы и занимаемой должностью.

Цикл позволил изучить:

приоритетные направления развития здравоохранения Республики Казахстан, а также закрепить навыки клинического мышления, умения по раннему выявлению, профилактике и оказанию неотложной помощи населению на уровне ПМСП.

- проведение профилактических мероприятий по предупреждению развития инфекционных и неинфекционных заболеваний, в частности артериальной гипертензии, туберкулеза легких, пневмонии, сахарного диабета, онкопатологии, вирусного гепатита и ВИЧ-инфекции, в том числе у беременных;

- раннее выявление лиц с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, в частности с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, туберкулезом легких, пневмонией, сахарным диабетом, опухолевыми и предопухолевыми заболеваниями, вирусным гепатитом и ВИЧ-инфекцией, в том числе у беременных;

- формирование знаний и навыков по диагностической настороженности по артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, туберкулезу легких, пневмонии, сахарному диабету, по онкологическим процессам, вирусному гепатиту и ВИЧ-инфекции, в том числе у беременных;

- изучение вопросов диспансеризации, динамического наблюдения и оздоровления больных с вышеуказанными заболеваниями;

- изучение принципов преемственности в оказании медицинской помощи больным с вышеуказанной патологией врачами ПМСП;

- изучение путей и мер по оздоровлению населения.

- формирование знаний по основам проведения социально-психологической помощи при различных заболеваниях.

Таким образом, проведенные циклы повышения квалификации будет способствовать решению поставленных задач путем повышения профессионального уровня врачей общей практики, участковых терапевтов и средних медицинских работников.

УДК 614.21

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ НА СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ В 2009 ГОДУ

Г.Т. Корабаева, В.В. Койков, С.Б. Абдраимов, А.С. Айкешева

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана

Резюме

В статье анализируется структура расходов на ГОБМП (стационарной помощи) областей, городов Астана, Алматы в расчете на среднюю стоимость пролеченного случая в 2009 году, а также на примере болезней системы кровообращения, болезней органов дыхания, болезней органов пищеварения. Показано, что возмещение затрат не основывалось ни на интенсивных, ни на экстенсивных показателях госпитализированной заболеваемости в регионах, что приводило к росту диспропорций условий оказания медицинской помощи между регионами и внутри них, ухудшению качества и доступности медицинской помощи.

Тұжырым

2009 ЖЫЛЫ СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕККЕ ҚАРЖЫ БӨЛҮДІҢ ӨНІРЛІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада облыстардың, Астана, Алматы қалаларының 2009 жылы емделген жағдайдың орташа бағасын есепке алумен ТМККК-не (стационарлық көмек), сондай-ақ қанайналым жүйесінің аурулары, тыныс алу ағзаларының аурулары, асқорыту ағзаларының аурулары мысалында шығыстар құрылымы талданады.

Шығыстарды өтеу өңірлердегі емдеуге жатқызылған сырқаттанушылықтың қарқынды және экстенсивтік көрсеткіштерінде негізделмеген, бұл өңірлер арасында және олардың ішінде медициналық көмек көрсетудің сәйкессіздік жағдайларды көбейтеді.

Summary

REGIONAL FEATURES FOR IN-PATIENT CARE COSTS ALLOCATION IN 2009

The article analyzes costs structure for government guaranteed free medical care (in-patient care) among regions, cities Astana and Almaty, per average cost of treated case in 2009, as well as in case of circulatory illnesses, respiratory illnesses, and digestive system illnesses. It is revealed that costs reimbursement is based on neither intensive nor extensive indicator of hospital morbidity in the regions, that leads to the increase of disparities of medical care delivery conditions among and in the regions, decline of quality and access to medical care.

Актуальность: В Конституции Республики Казахстан определено: «Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья, вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом. Получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой, производится на основаниях и в порядке, установленных законом».

Учитывая высокие затраты на стационарную помощь, на протяжении многих лет, при условии хронического дефицита бюджетных средств, назрела необходимость в переходе на эффективные методы управления и оплаты стационарной помощи. С 1 января 2010 года внедряется Единая национальная система здравоохранения, целью которой является создание системы здравоохранения Республики Казахстан, основанной на принципах свободного выбора пациентом врача и медицинской организации, формирования конкурентной среды, транспарентности процесса оказания медицинских услуг и ориентация на конечный результат [1].

В рамках ЕНСЗ, оплату за пролеченный случай начали производить на основе медико-экономических протоколов (МЭП) с использованием медико-экономических тарифов (МЭТ), перечень которых был утвержден на основании Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 апреля 2010 года № 250 «Об утверждении тарифов на медицинские, коммунальные и прочие расходы».

До 2010 года все медицинские организации финансировались из республиканского и местного бюджета по среднему пролеченному случаю [2].

Настоящая статья посвящена изучению региональных особенностей распределения финансовых средств на стационарную помощь в 2009 году в РК. Исследова-

ние представляет большой практический и теоретический интерес.

Цель: Выявить региональные особенности распределения финансовых средств на стационарную помощь в 2009 году.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования были все медицинские организации РК оказывающих стационарную помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП), материалом для исследования были данные ТОО МедИнформ. Использованы данные о среднегодовой численности населения Агентства РК по статистике за 2009 г. [3]. По общепринятым методам санитарной статистики [4,5,6] вычислены экстенсивные и интенсивные показатели госпитализированной заболеваемости (ф066/у) в РК за 2009 год.

Результаты и обсуждение: По данным базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ, среди затрат на все виды медицинской помощи, самые высокие приходились на стационарную помощь - 53,6% (в 2000 году) [7].

В 2009 году в Республике Казахстан перечень и объемы бесплатной медицинской помощи, гарантированной для гражданина, были регламентированы Постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 сентября 2007 года № 853 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 2008-2009 годы».

В 2006 году, 6 октября, вышло Постановление Правительства Республики Казахстан № 965 «Об утверждении Правил возмещения затрат медицинских организаций за счет бюджетных средств и оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядка использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохране-

ния», согласно которому для стационаров была разработана методика финансирования за пролеченный случай по клиничко-затратным группам. 29 декабря 2006 года вышел Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 664 «О проведении апробации нового перечня клиничко-затратных групп», в котором были утверждены новый перечень клиничко-затратных групп и 4 пилотных региона для проведения апробации, однако в силу различных объективных и субъективных причин, реализация проекта не была осуществлена.

Медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, так же как и прежде должны были получать средний тариф на больного по республике. При этом, фактически, по-прежнему, работала система пометного бюджетирования, основанная на расходах, с платежами, определяемыми и осуществляемыми перспективно. Сумма финансирования стационарной помощи определялась на основе анализа объема работ стационара за предыдущий период. Оплата поставщиков определялась и осуществлялась перспективно, но основу бюджета составлял прогноз затрат, который базировался на структуре расходов в прошлом.

В данном исследовании проводился анализ распределения финансовых средств по возмещению затрат на оказываемую стационарную помощь, по Республике Казахстан в разрезе регионов в 2009 году (по среднему пролеченному случаю), а также сравнительный, на примере болезней системы кровообращения (БСК), болезней органов дыхания (БОД), болезней органов пищеварения (БОП).

По данным РИАЦ г. Астаны в 2009 году объем стационарной помощи по указанным трем классам заболеваний составляет более 35% от всей госпитализированной заболеваемости (за исключением беременности и родов).

В базе ТОО МедИнформ зафиксировано всего 2538585 пролеченных случаев, из них лишь 2,19 % услуг приходится на высокоспециализированную по бюджетной программе 030 (БП 030), остальные 97,81% - на долю специализированной медицинской помощи по бюджетной программе 067 (БП 067).

Самые высокие интенсивные показатели госпитализированной заболеваемости (ф066/у) были в Акмолинской и Северо-Казахстанской областях и г.Астана (рис.1).



Рисунок 1. Госпитализированная заболеваемость ф066/у (по БП 030 и БП 067) в разрезе регионов в 2009 году

Из рисунка 2 видно, что в 2009 году наибольшие суммы финансирования получили города Алматы и Астана, и Южно-Казахстанская область. Наименьшие

суммы выделялись Костанайской, Восточно-Казахстанской и Павлодарской областям.



Рисунок 2. Финансирование стационарной помощи (по БП 030 и БП 067) в разрезе регионов в 2009 году (тг).

Учитывая значительный вклад в формировании уровня госпитализированной заболеваемости основных 3-х классов заболеваний по МКБ-10 – заболевания системы кровообращения, болезней системы органов

дыхания, болезней органов системы пищеварения, проведен анализ финансовых затрат на оказание стационарной помощи по этим нозологиям (таб.1).

Таблица 1. - Финансирование госпитализированной заболеваемости в разрезе регионов по основным классам нозологий в 2009 году.

Госпитализированная заболеваемость (ф066/у) на 1000 населения	удельный вес больных, %			удельный вес расходов, %					
	БСК	БОД	БОП	БСК	БОД	БОП	БСК	БОД	БОП
Акмолинская	23,9	34,9	19,2	5,7	7,4	6,3	5,9	4,8	6,2
Актюбинская	15,0	16,7	13,5	3,7	3,6	4,5	1,1	0,9	1,9
Алматинская	15,2	22,2	14,0	8,9	11,6	11,2	5,5	5,9	7,1
Атырауская	16,6	14,8	11,5	2,7	2,2	2,6	2,9	1,2	2,9
Восточно-Казахстанская	18,0	15,9	10,9	8,1	6,4	6,8	1,5	0,9	0,7
Жамбылская	22,1	26,6	13,8	7,3	7,8	6,3	7,1	5,9	6,3
Западно-Казахстанская	22,7	25,9	15,7	4,4	4,5	4,2	6,3	3,6	4,2
Карагандинская	17,6	16,8	13,6	7,6	6,5	8,1	5,5	2,0	3,0
Костанайская	18,4	27,3	16,7	5,3	7,0	6,6	0,7	0,5	0,7
Кызылординская	19,6	22,7	13,8	4,3	4,4	4,2	2,2	0,6	2,1
Мангистауская	15,0	21,4	12,5	2,3	3,0	2,7	2,6	2,2	3,0
Павлодарская	29,6	22,9	17,8	7,1	4,9	5,9	0,6	0,3	0,4
Северо-Казахстанская	30,5	38,9	22,3	5,9	6,7	5,9	7,6	5,8	7,3
Южно-Казахстанская	16,8	25,3	14,3	13,4	18,0	15,7	11,2	10,5	14,3
г.Алматы	23,0	8,2	10,3	10,1	3,2	6,3	13,5	52,9	32,4
г.Астана	15,7	15,4	10,0	3,1	2,7	2,7	25,7	1,9	7,4
РК	19,3	21,7	14,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При анализе БСК – в Алматинской, Южно-Казахстанской областях – отмечается самый высокий удельный вес в структуре заболеваемости, при этом распределение интенсивных показателей отличалось. Самые высокие показатели наблюдаются в Северо-Казахстанской, Павлодарской областях. Однако наибольшую оплату за средний пролеченный случай получили регионы- города Астана и Алматы.

Наиболее высокий удельный вес в структуре заболеваемости болезнями органов дыхания наблюдается в южных регионах страны, например: Алматинской, Южно-Казахстанской областях. Высокие показатели стационарной заболеваемости отмечаются в Акмолинской и Северо-Казахстанской областях. Тем не менее, Южно-Казахстанская область и г. Алматы получили наиболее большие суммы финансирования именно по этому классу нозологии.

При расчете госпитализированной заболеваемости БОП, самый высокий удельный вес в структуре заболеваемости был установлен в Алматинской, Южно-Казахстанской областях. Показатели заболеваемости с наибольшим значением наблюдаются в в Акмолинской и Северо-Казахстанской областях. Однако при распределении средств, как и в случае с БСК, наибольшие получили Южно-Казахстанская и г. Алматы.

Структура расходов на ГОБМП (стационарной помощи) областей, городов Астана, Алматы в расчете на среднюю стоимость пролеченного случая в 2009 г. показывает неравномерное распределение расходов. В среднем по республике расходы составляют 40 517 тенге, при этом наибольшее финансирование отмечается в г. Алматы – 178 732 тенге, наименьшее – в Костанайской области - 3 116 тенге, т.е. средняя стоимость пролеченного случая в г.Алматы в 4,4 раза превышал среднереспубликанский показатель, тогда как в

Костанайской области этот показатель в 13 раз был ниже (таб.2).

Регионы, где наблюдалась низкая стоимость пролеченного случая, но при этом высокие показатели госпитализированной заболеваемости, оказались в неблагоприятной ситуации, которую можно объяснить или недостаточным финансированием области, или высоким процентом дорогостоящих случаев.

Учитывая, что в 2009 году средняя стоимость пролеченного случая по РК в 2009 году равнялась 40 517,5 тенге (таб.2), то средняя стоимость пролеченного случая при любой нозологии должна укладываться в эту сумму. В таблице 2 мы видим, что стоимость пролеченного случая по РК по классу нозологии «Болезни системы органов пищеварения» составила 29 391,37 тг., что значительно меньше стоимости пролеченного случая по всем нозологиям, а также по классу БСК и БОД. На формирование такой стоимости повлияли такие регионы как: Павлодарская, Костанайская, Восточно-Казахстанская, Карагандинская, Актюбинская, Кызылординская, Алматинская области, где стоимость пролеченного случая очень низкая (от 1 826,32тг до 18 465,65тг.). При этом самые высокие показатели госпитализированной заболеваемости по этой нозологии из этих регионов наблюдаются только в Павлодарской области.

По 2-м другим классам рассматриваемых нозологий (БСК, БОД), также из таблицы 2, мы видим, что средняя стоимость пролеченного случая по РК по классу нозологии «Болезни системы органов кровообращения (41 241, 16 тг.), по классу нозологии «Болезни системы органов дыхания (40, 313,15 тг.), незначительно отличается от стоимости пролеченного случая по всем нозологиям - 40 517,5 тг. Тем не менее, если рассматривать стоимость пролеченного случая по 3-м нозологиям в разрезе регионов, мы также видим существенные различия.

Таблица 2. - Стоимость среднего пролеченного случая в разрезе регионов в 2009 году, тг.

Регионы	Средняя стоимость пролеченного случая			
	по всем нозологиям	БСК	БОД	БОП
Акмолинская	34061,99	42676,21	26172,74	28759,11
Актюбинская	11805,63	12652,39	10395,20	12508,20
Алматинская	25627,32	25406,52	20743,83	18465,65
Атырауская	33976,99	44004,83	21464,36	33116,77
ВКО	4385,72	7397,97	5480,07	3159,93
Жамбылская	35753,45	40405,57	30611,45	29451,41
ЗКО	38555,43	58966,93	32651,93	29253,05
Карагандинская	15490,96	29862,03	12111,31	10943,66
Костанайская	3166,92	5571,95	2907,98	3156,42
Кызылординская	13016,42	21040,82	5631,27	14960,47
Мангистауская	38960,56	45670,51	29774,49	32635,65
Павлодарская	5867,50	3743,06	2877,38	1826,32
СКО	41471,21	52898,01	34748,88	36028,78
ЮКО	28034,02	34516,33	23459,81	26879,27
г.Алматы	178732,42	54917,81	659827,66	151865,26
г.Астана	124582,58	344727,20	28067,01	81387,92
РК	40517,54	41241,16	40313,15	29391,37

По БСК в Павлодарской, Костанайской, Восточно-Казахстанской областях стоимость пролеченного случая значительно меньше стоимости пролеченного случая по всем нозологиям по РК в 11,7 и 5 раз соответственно. Самая высокая стоимость наблюдается в г. Астане -344727, 20 тг, которая превышает ССПС по РК в 9 раз.

По БОД все регионы, кроме г.Алматы, имеют ССПС ниже значения ССПС по всем нозологиям. В Павлодарской, Костанайской, Восточно-Казахстанской областях в 14, 14, и 7 раз меньше ССПС по РК соответственно. В Алматы этот показатель превышает среднереспубликанский в 16 раз -659 719,07тг.

По БОП также Павлодарская, Костанайская, Восточно-Казахстанская области имеют низкую ССПС. В Павлодарской, Костанайской, Восточно-Казахстанской областях в 22, 13, 13 раз меньше ССПС по РК соответственно. В городах Алматы этот показатель превышает среднереспубликанский в 4 раза - 151 865,26 тг.

В данной ситуации низкая ССПС в Павлодарской, Костанайской и Восточно-Казахстанской областях, объясняется недостаточным финансированием отрасли здравоохранения (рис.2), что свидетельствует о наличии резкого дисбаланса между объемом средств, выделяемых на оказание ГОБМП в различных регионах, и отсутствием единых подходов при формировании и планирования бюджетов для здравоохранения. В некоторых регионах финансирование выделяется в разы меньше средств в расчете на одного жителя, чем в других, в зависимости от экономического статуса областей.

В связи с тем, что социальные, экономические приоритеты в различных регионах разные, это не да-

вало государству возможность гарантировать населению равный доступ к качественной медицинской помощи.

Таким образом, это доказывает необъективность метода финансирования по среднему пролеченному случаю, вследствие которого качество оказываемой медицинской помощи снижалось, для некоторых пациентов медицинская помощь оставалась труднодоступной, при этом нарушались конституционные права граждан.

Литература:

1. Государственная программа реформирования здравоохранения на 2005-2010годы, стр.5
2. Аканов А.А., Камалиев М.А. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы.// Электронный научный журнал - Социальные аспекты здоровья населения //10.09.2010 г.
3. Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
4. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. Л.: Медицина; 1974; 384 с.
5. Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. – М., 1999. – 460 с.
6. Ильшев А.М.. Общая теория статистики – «Общая теория статистики» Изд. ЮНИТИ-ДАНА - Москва, 2008. - 535 стр.
7. Кульжанов М., Бернд Речел. Системы здравоохранения: время перемен// «Казахстан. Обзор системы здравоохранения»-2007.- том 9. - №7. - стр. 41 - 48.

УДК 614.21 (574)

ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ж. Ергалиева, В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.Б. Абдрахманов

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана**Резюме**

В данной статье описываются особенности развития финансирования здравоохранения Республики Казахстан за период 1999-2010 годы.

Тұжырым**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ҚАРЖЫЛАНДЫРУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Бұл мақалада 1999-2010 жылдар аралығында Қазақстан республикасының денсаулық саласын қаржыланды дамыту ерекшелігі көрсетіледі.

Summary**FEATURES OF HEALTH FINANCING IN KAZAKHSTAN**

This article describes the features of the development of health financing of the Republic of Kazakhstan for the period 1999-2010 years.

Актуальность. В современных условиях рыночных отношений в Казахстане здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны.

Вопрос о финансировании здравоохранения на сегодняшний день остается актуальным как для Казахстана, так и для других постсоветских стран, поскольку с распадом Советского Союза, возникла острая необходимость в смене системы «Семашко» на более эффективную и отвечающую (новым формациям государственного строя) нуждам и потребностям населения страны.[1]

Сегодня в мире используется несколько моделей финансирования здравоохранения: страховая, бюджетная и смешанная. [1]

За двадцать лет независимости, в Республике Казахстан предпринимались неоднократные попытки реформирования отрасли здравоохранения, с целью поиска оптимальной модели. И на сегодняшний день в новейшей истории Казахстанского здравоохранения можно выделить основные этапы:

- 1992-1995 годы – (пост) советская система здравоохранения;
- 1996-1998 годы – бюджетно-страховая модель;
- 1999-2011 годы – бюджетная модель на основе программного финансирования. [1]

В зависимости от смены системы здравоохранения, менялись и методы финансирования. На сегодняшний день финансирование здравоохранения Казахстана представлено смешанной моделью - сфера оказания медицинских услуг характеризуется многоканальностью форм финансирования. Наряду с продолжающим доминировать бюджетным финансированием все большее значение приобретают другие формы оплаты, такие как платные услуги и медицинское страхование.

Таким образом, на современном этапе источниками финансирования здравоохранения могут выступать:

- 1) бюджетные средства;
- 2) средства добровольного страхования;
- 3) средства, полученные за оказание платных услуг;
- 4) иные источники, не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

13 сентября 2004 года, Президент Нурсултан Назарбаев подписал Указ "О Государственной про-

грамме реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы".

В соответствии с целью и задачами Госпрограммы 2005-2010 гг., была проделана широкомасштабная работа по разработке и внедрению новых механизмов финансирования здравоохранения. В 2007 году завершена реализация первого этапа Государственной программы, которая была направлена на масштабные инвестиции в отрасль - техническую модернизацию, развитие инфраструктуры, решались задачи укрепления первичной медико-санитарной помощи, формирования здорового образа жизни, повышения качества медицинских услуг. На втором этапе реализации программы, начиная с 2008 года, внедрена новая политика финансирования отрасли, направленная на эффективное использование средств, привлечение инвестиций в систему и межрегиональное выравнивание, что должно придать ей устойчивость и создать условия для дальнейшего поступательного развития и повышения конкурентоспособности. [2]

Если анализировать объемы средств выделяемых на финансирование здравоохранения РК в период с 1999 по 2010 гг., то можно наблюдать неуклонный рост выделяемых средств. Так, финансирование отрасли в 1999 году составило 45947,2 млрд. тенге против 562823,2 млрд. тенге в 2010 году. Расходы здравоохранения на душу населения за последние годы также имеют определенный рост: с 4109,9 тенге в 2001 году до 34 248,0 тенге в 2010 году, вместе с тем, это меньше, чем средние расходы в таких постсоветских странах как Россия, Беларусь, страны Балтии. Ситуация усугубляется неравномерным распределением ресурсов по регионам, так в 2007 году разброс расходов на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) в расчете на одного жителя составлял от 8 437 до 15 979 тенге. Финансирование ГОБМП, несмотря на ежегодное увеличение (с 64,8 млрд. тенге в 2003 году до 195,3 млрд. тенге в 2007 году) также нуждается в дополнительных расходах. Большая часть расходов на здравоохранение финансируется за счет местного бюджета, а меньшая – за счет государственного бюджета.

При этом, на нужды здравоохранения затрачивалось около 2-3% валового внутреннего продукта (ВВП) страны за год. Для сравнения: в США здравоохранение поглощает более 10% ВВП страны, а в странах Западной Европы общие расходы на здравоохранение колеблются от 6 до 10% ВВП в год. По рекомендациям ВОЗ, минимальный уровень государственных расходов на

здравоохранение должен составлять не менее 4% от ВВП. [4]

Следует отметить, что увеличение финансирования в начале 2000-х годов не дало ожидаемого результата, кроме увеличения количества пролеченных больных в

стационарах на 5-7% в год. Несмотря на неоднократное увеличение заработной платы медицинским работникам (только в 2004 году - на 20%), официальная среднемесячная заработная плата в отрасли в два раза меньше, чем в среднем по республике.

Таблица 1. - Расходы на финансирование здравоохранения с 1999 по 2010гг.

Год	Финансирование						
	Всего (млрд.тенге)	В том числе		Всего ГОБМП, млрд.тенге	% от ВВП	Расходы на одного жителя, тенге	
		РБ	МБ			Всего	В т.ч. ГОБМП
1999	45947,2	4033,6	41913,6		2,2	3073,0	
2000	52006,5	4427,6	47578,9		2,1	3491,0	
2001	60955,9	13793,7	47162,2	42219,0	1,9	4109,9	2846,6
2002	70679,1	12010,2	58668,9	52477,2	1,9	4758,2	3532,8
2003	89842,5	16211,2	73631,4	64780,4	1,9	6026,2	4345,1
2004	131209,0	24660,6	106548,4	90454,3	2,3	8739,9	6025,2
2005	187148,9	35791,1	151357,9	118471,0	2,5	12298,1	7785,1
2006	231061,5	43800,5	187261,0	139572,8	2,3	15183,7	9171,7
2007	310959,0	42509,8	268449,2	195327,0	2,5	20196,2	12686,1
2008	377482,2	47144,7	330337,5	227862,2	2,4	24251,0	14638,8
2009	460203,1	70361,0	389842,1	288181,8	2,9	28965,5	18514,0
2010	562823,2	229080,1	333743,1	354576,7	2,7	34248,0	21576,0

*по данным КОМУ МЗ

Проблемой остается то, что взятые на себя государством обязательства по предоставлению гражданам гарантированного объема бесплатной медицинской помощи не имеют адекватной финансовой обеспеченности.

Присутствует замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами. Из-за отсутствия четкого разграничения между гарантированным объемом и медицинскими услугами, оказываемыми на платной основе, сохраняется высокий уровень неформальных платежей со стороны населения в пользу медицинских работников. Не налажен должным образом учет потребления медицинской помощи, предоставляемой в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, что способствует росту теневой экономики.

Резолюция ВОЗ в 2005 призывала страны развивать их системы финансирования здравоохранения, чтобы обеспечить доступ всех людей к необходимым услугам без риска финансовых потерь, связанного с оплатой за медицинскую помощь.

Выводы. Таким образом, за 2005-2010 годы не все цели по совершенствованию системы финансирования здравоохранения Республики Казахстан были выполнены:

1) проблемы финансирования здравоохранения в РК до конца пока не решены, поскольку не достигнут

желаемый уровень государственных расходов, выделяемых на здравоохранение, 4% от ВВП;

2) правила возмещения затрат на медицинскую помощь, утвержденные Постановлением Правительства РК от 27 мая 2000 года № 806, до конца не работают, поскольку частично используется нормативно-затратный подход в бюджетировании здравоохранения [4];

3) не достигнуто межрегиональное выравнивание тарифов за аналогичные медицинские услуги;

Все это является следствием того, что казахстанское общество не участвует в процессе планирования бюджета на цели здравоохранения и принятия решений на высоком уровне.

Литература:

1. Аканов А.А., Куракбаева К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И., Организация здравоохранения Казахстана, Астана-Алматы-2006г., с.7

2. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы, утвержденная Указом Президента РК 13 сентября 2004 года за № 1438.

3. Ишкинина Г.Ш., Вестник КАСУ №4 - 2007г.

УДК 614.21

К ВОПРОСАМ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА МЕТОДОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ КРУГЛОСУТОЧНОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В 2009 И 2010 ГОДАХ

В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.К. Альмадиева, А.Б. Абдрахманов, Г.Т. Корабаева

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана

Резюме

В статье приведен сравнительный анализ двух различных методов финансирования круглосуточных стационаров Республики Казахстан в 2009 и 2010 гг. Медико-экономические тарифы в 2010 году в отличие от финансирования по среднему пролеченному случаю 2009 года способствовали более эффективному распределению ресурсов на стационарную помощь и повысили доступность всех слоев населения на получение гарантированного государством объема необходимых медицинских услуг. Таким образом, МЭТ показали свою эффективность и приемлемость в условиях переходной экономики в системе здравоохранения Республики Казахстан.

Тұжырым
2009 ЖӘНЕ 2010 ЖЫЛДАРЫ ТӘУЛІКТІК СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕКТІ ҚАРЖЫЛАНДЫРУ
ӘДІСТЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ МӘСЕЛЕЛЕРІНЕ

Мақалада 2009 және 2010 жылдары Қазақстан Республикасының тәуліктік стационарларын қаржыландырудың екі түрлі әдістерінің салыстырмалы талдауы көрсетілді. Медициналық-экономикалық тарифтер 2009 жылға қарағанда 2010 жылы орташа емделген жағдайы бойынша қаржыландыру стационарлық көмекке ресурстарды тиімді бөлуге себеп болды және халықтың барлық санатына мемлекеттің келілдік берген қажетті медициналық қызметтерінің көлемін алуға қолжетімдікті арттырды. Сонымен, МЭТ Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесіндегі ауыспалы экономика жағдайында өзінің тиімділігін және сабақтастығын көрсетті.

Summary

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF FINANCING METHODS OF AN INPATIENT CARE IN 2009 AND 2010

Article contains a comparative analysis of two different financing methods of inpatient hospitals in the Republic of Kazakhstan in 2009 and 2010. Medical-economic tariffs in 2010, in contrast to the average financing for one treated case in 2009 year, contributed to more efficient allocation of resources for hospital care and increased population access to healthcare services -guaranteed by the government. Thus, tariffs have shown their effectiveness and acceptability in the context of the transition economy in the healthcare system of the Republic of Kazakhstan.

Актуальность. Экономические вопросы в здравоохранении являются чрезвычайно актуальными в настоящее время. Это связано с необходимостью обоснования объема адекватных инвестиций и попыткой оценить вероятный экономический эффект от затрат на сохранение здоровья, как трудового потенциала общества [1].

В соответствии с мировыми тенденциями Казахстан ежегодно увеличивает рост бюджетных ассигнований в систему здравоохранения. Однако показатели здоровья населения, особенно по социально – значимым заболеваниям требуют поиска других эффективных путей решения. Мировой опыт указывает на использование в практике управления методов сравнительной оценки возможных вариантов распределения ресурсов. Обоснование выбора наилучшего варианта сопряжено с учетом экономических, технологических, социальных, политических и других факторов [2].

В связи с этим **целью исследования** является проведение сравнительного анализа двух методов финансирования стационарной медицинской помощи 2009 и 2010 гг.

Объекты исследования: медицинские организации Республики Казахстан, оказывающие услуги населению в объеме ГОБМП.

Материалы исследования: данные из АИС «Стационар» ТОО «МедИнформ» за 2009 г. и КОМУ МЗ РК за 2010 г. по оказанию медицинских услуг в круглосуточных стационарах РК.

Методы исследования: все расчеты производились с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel.

Обсуждение. В базе АИС «Стационар» ТОО «МедИнформ» в 2009 году было зафиксировано всего 2 538 585 пролеченных случаев, в базе КОМУ МЗ РК за 2010 год - 2 352 684 пролеченных случая в условиях круглосуточного стационара. Из них лишь 2,19% (2009 г.) и 3,43% (2010 г.) случаев составляют услуги по оказанию высокоспециализированной медицинской помощи по бюджетной программе 030 (ВСМП), остальные 97,81% (2009 г.) и 96,69% (2010 г.) – услуги специализированной медицинской помощи по бюджетной программе 067 (СМП) (рис. 1).

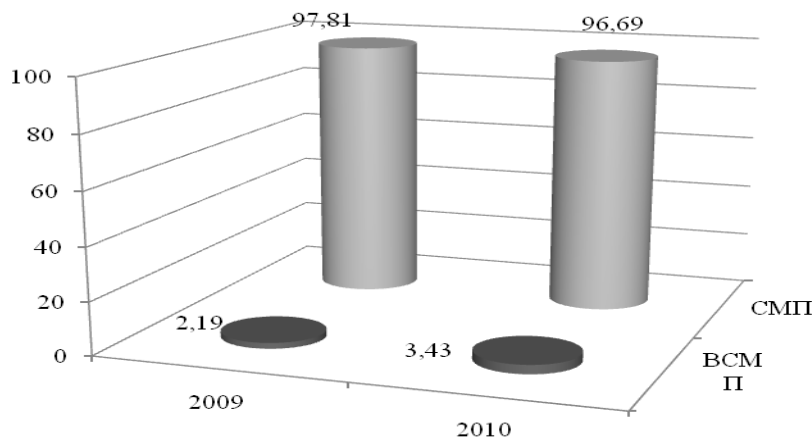


Рисунок 1 – Объем медицинских услуг по видам оказания в круглосуточных стационарах РК за 2009 -2010 гг., %

На рисунке 1 в 2010 году в сравнении с 2009 отмечается рост объема оказания ВСМП на 1,24%, в то же время наблюдается снижение уровня стационарной помощи по СМП на 1,12%. Выявленная тенденция соответствует задаче, поставленной в Государственной программе развития здравоохранения на 2011 – 2015г.г., как внедрение высоких технологий в отечественном здравоохранении, сокращения коек круглосу-

точного стационара и расширения менее дорогостоящей стационарозамещающей технологии в стране.

За 2010 год сокращены 3086 коек круглосуточного стационара, перепрофилированы 4266 коек в наиболее востребованные профили на местах, в том числе в койки круглосуточного стационара - 3984 (93,4%), в койки дневного пребывания – 282 (6,6%) [3].

Затраты на оказание стационарной помощи в 2009-2010 гг. по СМП и ВСМП представлены на рисунке 2.

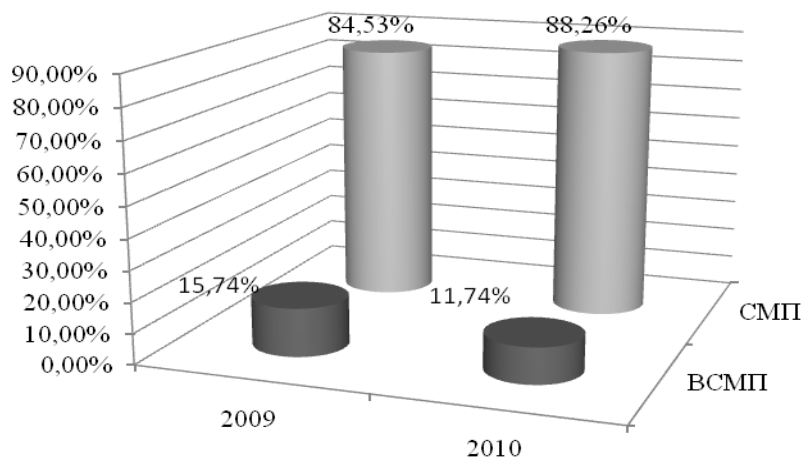


Рисунок 2 – Объем затрат на медицинскую помощь в стационарах РК в рамках ГОБМП в 2009-2010гг.

Несмотря на тенденцию к росту внедрения высоких технологий в 2010 году, финансирование по оказанию ВСМП в отличие от 2009 года уменьшилось на 4%, а затраты на оказание СМП в 2010 году увеличились на 3,7%.

В 2010 году финансирование на основе МЭТ и возмещение расходов медицинским организациям по фактической оплате, обусловленной разной степенью тяже-

сти случаев определили увеличение ассигнований на 3,7%.

Несмотря на то, что в 2009 году уровень стационарной заболеваемости был выше на 1,12%, финансирование оставалось на сниженном уровне, поскольку методика оплаты по пролеченному случаю не предполагает определение реальных потребностей населения и соответствующей оплаты по конечному результату.

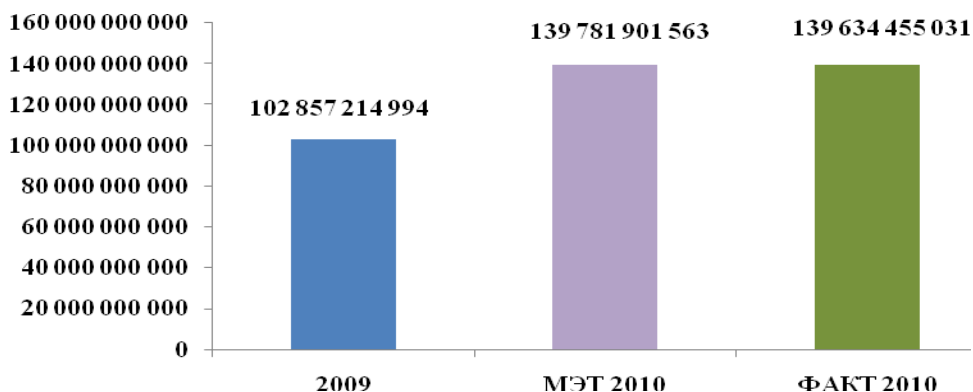


Рисунок 3 - Финансирование стационарной помощи в рамках ГОБМП по РК в 2009 – 2010 гг., тенге

На рисунке 3 заметно различие между распределением бюджета ГОБМП двух предыдущих лет, который в 2010 году оказался на 36 924 686 569 тенге больше чем в 2009 году, что свидетельствует об увеличении бюджетных ассигнований в систему здравоохранения на 74%. С другой стороны, увеличение объемов исполнения ВСМП и трансферт высоких технологий в регионы при финансировании по МЭТ оправдывает рост бюджета отрасли.

С одной стороны, увеличение расходов по фактическим затратам позволяло выявить истинную потребность за пролеченный случай, ориентированный на конечный результат в соответствии с индикаторами качества, с другой стороны, отсутствие регламентированного стандартом «коридора отклонений» могло способствовать «искусственному» росту фактических затрат.

Преобладание объема пролеченных случаев над затратами в 2009 году привело к тому, что регионы независимо от уровня заболеваемости на численность населения имели одинаковые бюджетные ассигнования на оказание наиболее востребованного вида стационарной помощи, оказываемой, в основном, на уровне региона. Из-за отсутствия четких нормативных докумен-

тов, регламентирующих оценку и мониторинг ВСМП оплата за пролеченный случай как по ВСМП, так и СМП производилась с учетом уровня организации по среднему пролеченному случаю.

В результате за счет 12 клиник республиканского значения в г. Алматы зафиксированы наибольшие финансовые затраты.

В 2010 году регионы с высокой численностью населения и более высоким уровнем заболеваемости, такие как ЮКО (179,6 на тысячу населения), ВКО (162,6 на тыс. населения), Алматинская область (112,0), Карагандинская область (142,9), г. Алматы (135,7) имеют наиболее высокие показатели финансовых затрат на выполнение медицинских услуг по СМП. Более того, уровни стационарной помощи соответствуют уровням средств, предусмотренных МЭТ на случай с незначительными отклонениями фактических затрат от МЭТ.

В рамках реализации развития и внедрения высоких технологий в стране в 2010 году произведен трансферт ВСМП во всех 16 регионах страны в отличие от 2009 г., когда ВСМП выполнялись лишь в 2-х городах и 3 –х регионах. Тем не менее, в 2010 году при оплате по МЭТ концентрация оказания ВСМП наблюдается в 2-х крупных городах страны, причем более затратоемкие виды

услуг по МЭТ представлены в клиниках г. Астана, выше, чем в предыдущем году – в Акмолинской, Алматинской, Карагандинской областях, наиболее низкая активность зафиксирована в Атырауской и Мангистауской областях.

Для сравнения двух различных методов финансирования 2009 и 2010 гг. были рассчитаны средняя стоимость пролеченного случая и гипотетическая средняя стоимость по МЭТ (рис.4)

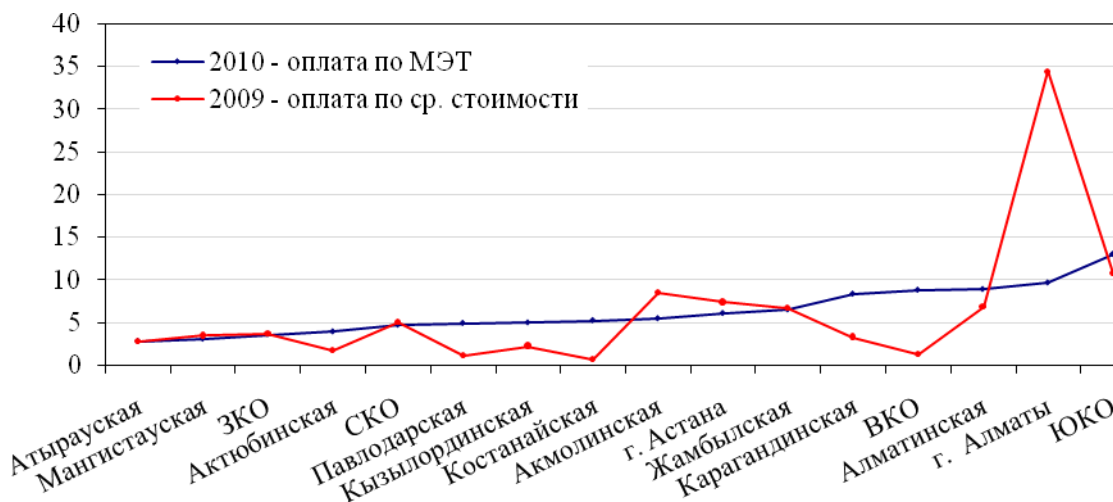


Рисунок 4 - Финансирование стационарной помощи в рамках ГОМБП по РК в разрезе регионов, 2009 – 2010 гг., тенге

Рисунок 4 демонстрирует неравномерность распределения бюджетных средств между регионами в 2009 г., что значительно повлияло на нарушение принципов справедливости и адекватного финансирования, и, конечно, доступности медицинской помощи. Говоря о качестве предоставляемых услуг, методика финансирования за средний пролеченный случай в 2009 году не отражала истинную потребность случая и исход лечения.

Внедрение в практику финансирования стационарной медицинской помощи МЭТ имело целью реализовать прозрачность процесса и ориентацию на конечный результат.

При анализе средней стоимости пролеченного случая независимо от вида и уровня оказания стационарной помощи в 2009 и 2010 годы нами были установлены значительные расхождения от среднего республиканского значения (рис.5).

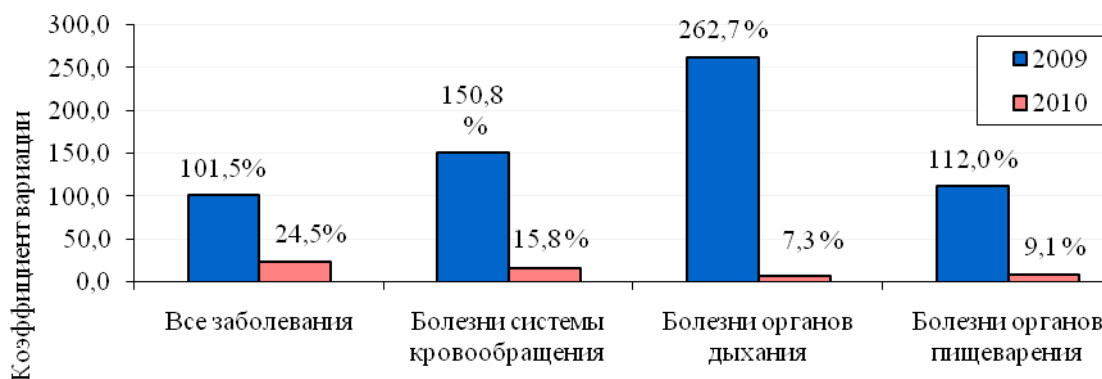


Рисунок 5 – Коэффициент вариации от средней стоимости лечения в рамках ГОМБП по РК в разрезе регионов, 2009 – 2010 гг., %

На рисунке 5 изображено значительное расхождение в разрезе регионов от среднего республиканского значения, наблюдаемое в 2009 (коэффициент вариации - 101,5%), в 2010 году 24,5%.

Так как самые большие средние стоимости пролеченных случаев в 2009 году наблюдаются в городах Астана и Алматы, рассчитан коэффициент вариации (далее – КВ) без их значений, который был равен 57,6% (рис.6).

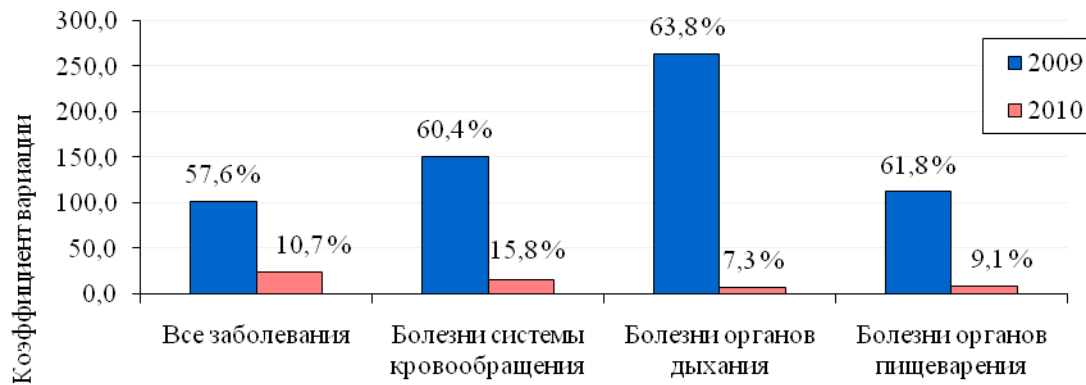


Рисунок 6 – Коэффициент вариации от средней стоимости лечения в рамках ГОМБП по РК в разрезе регионов, без столиц, 2009 – 2010 гг., %

При расчете КВ [4, 5] по такой же методике в 2010 году получаем КВ=10,79%. Существенные различия КВ в 2009 году указывают на значительно высокую среднюю стоимость пролеченного случая в клиниках двух городов. При этом пролеченный случай в клинике республиканского уровня может не соответствовать ВСМП. Расчеты по 2010 году показывают, что влияние этих двух городов незначительно повлияло на вариационную изменчивость. Полученные результаты дают основание предполагать, что в 2010 году оплата по МЭТ и фактическим расходам позволила на уровне СМП оказывать качественную стационарную помощь. Так, КВ по БСК в 2009 году 150,8%, БОД – 262,7%, БОП – 112,0%, в 2010 году при исключении влияния двух городов снизился почти в 2 раза, то в 2010 году значения КВ, практически не изменились.

Далее были рассчитаны средние стоимости пролеченного случая по СМП в 2010 году по МЭТ и по фактическим расходам, которые равны 54234,6 и 52807,0 тенге соответственно. Коэффициент вариации по МЭТ равен 7,8%, по фактическим расходам равен 18,7%. Эти данные подтверждают эффективность внедрения в практику МЭТ, так как КВ ≤ 10%, говорит о незначительной вариационной изменчивости, т.е. о рациональном распределении средств по регионам относительно расходов.

Сложившаяся ситуация ставит задачей выявление факторов, оказывающих влияние на эффективность трансферта высоких технологий в стране, ориентированной на качественный результат. Одним из определяющих критериев успеха трансферта ВСМП в регионы, как указывает мировой опыт, является состояние ресурсного обеспечения: материально – техническое оснащение, кадровый потенциал, опыт оказания медицинской помощи на уровне ВСМП.

Таким образом, проведенный расчет распределения финансовых средств на оказание ВСМП в соответствии с уровнем стационарной заболеваемости в регионах при исключении двух городов Алматы и Астана доказывает состоятельность МЭТ в регулировании и «выравнивании» бюджетных средств. Несмотря на показатель КВ, значительно превышающий допустимый уровень однородности среды, в сравнении от исходного уровня, складывается тенденция к выраженному сокращению разрыва между регионами. В условиях ограничения ресурсов отрасли здравоохранения подобные расчеты могли бы способствовать более рациональному и эффективному внедрению ВСМП, а именно:

- с учетом приоритетности вида ВСМП в отдельных регионах,

- целевое направление финансов на ресурсное оснащение региона по тому или иному виду ВСМП

- определение трансферта технологий в регионы по потребности, исходя из объективной статистической отчетности.

Полученные результаты исследования позволяют заключить об эффективности финансирования стационарной помощи по МЭТ, которые способствуют определению потребности в объеме медицинских услуг за счет «наполнения МЭТ» и межрегиональному выравниванию.

Проведенный сравнительный анализ двух различных методов финансирования стационарной помощи в 2009 и 2010 гг. позволил установить следующие **Выводы**:

1. Объем финансирования стационарной помощи в разрезе регионов Республики Казахстан зависит от выбора метода финансирования.

-2009 год - финансирование за пролеченный случай по средней стоимости характеризуется неравномерным распределением средств в регионы. Так, средняя стоимость случая по РК – 40 517,54 тенге, коэффициент вариации – 101,5%

-2010 год – финансирование по медико – экономическим тарифам способствует выравниванию распределения средств в разрезе регионов. Средняя стоимость случая по МЭТ по РК – 59413,8 тенге, коэффициент вариации – 24,2% .

2. При анализе затрат за пролеченный случай в 2010 г. на уровне СМП, установлено отсутствие статистически значимого отклонения фактических расходов от МЭТ, что доказывает коэффициент вариации по МЭТ – 7,8%, по фактическим расходам - 18,7%.

3. При анализе затрат за пролеченный случай в 2010 г. на уровне ВСМП, выявлено, что распределение финансовых средств по регионам при исключении 2-х городов остается нерациональным, что доказывает коэффициент вариации по МЭТ-67,7% и по фактическим расходам - 55,4%

4. Выявлена положительная картина по развитию и трансферту ВСМП в 2010 году в регионы: ВСМП стали оказывать повсеместно, в каждом регионе (в 2009 году ВСМП оказывалась только в 3-х регионах и 2 городах РК), однако сохраняется межрегиональная разница по объему оказываемых услуг и значительный дисбаланс по расходам на ВСМП между регионами.

5. Преимуществом нового метода в 2010 году, стало достижение межрегионального выравнивания в финансировании регионов, прозрачности процесса и ориентации на конечный результат.

В заключение необходимо отметить, что МЭТ в 2010 году в отличие от метода финансирования 2009 года действительно способствовали более эффективному распределению ресурсов на стационарную помощь и повысили доступность всех слоев населения на получение гарантированного государством объема необходимых медицинских услуг. Таким образом, МЭТ показали свою эффективность и приемлемость в условиях переходной экономики в системе здравоохранения.

Литература:

1. Римашевская Н.М., Кислицина О.А. Неравенство доходов и здоровье// Народонаселение, 2004.-№ 2 – с. 14-22.

2. Автореферат НТП «Разработка научно-обоснованных предложений по повышению эффективности финансирования медицинских организаций (2009-2011 гг.)», РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана, 2011 г., 49 с.

3. Аналитическая информация по итогам 2010 года, РГП РИАЦ МЗ РК.

4. Сафронов Н.А. // Экономика предприятия: Учебник, М.: "Юрист", 1998. - 584 с.

5. Степанов В.Г.// Эконометрика // Учебный курс, Московский институт права, экономики и менеджмента, 2010 г.

УДК 614(4/9)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.Б. Абдрахманов, С.Б. Абдраимов,
А.К. Альмадиева, Г.Т. Корабаева, Ж.А. Ергалиева

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана

Резюме

Статья посвящена оценке бюджетной, экономической, социально-экономической и институциональной эффективности общественных расходов.

Тұжырым

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДА ТИІМДІЛІКТІ САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақала қоғамдық шығыстардың бюджеттік, экономикалық, әлеуметтік-экономикалық және институционалдық тиімділігіне арналған.

Summary

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN APPLYING THE METHODS OF COMPARATIVE EVALUATION OF COST EFFECTIVENESS ANALYSIS IN HEALTH CARE

The article is devoted to the estimation of budgetary, economic, social-and-economic and institutional efficiency of social expenses.

Актуальность – на современном этапе развития общества перед казахстанским здравоохранением остро стоит проблема эффективного распределения доступных ресурсов для повышения доступности и качества медицинской помощи. Решение этой проблемы требует использования в практике управления методов сравнительной оценки возможных вариантов распределения ресурсов. Обоснование выбора наилучшего варианта сопряжено с учетом экономических, технологических, социальных, политических и других факторов.

Цель – изучение возможностей использования различных методов оценки эффективности затрат в здравоохранении.

Результаты – институциональная эффективность является первичной и определяющей экономическую, социальную и адаптационную эффективность, поскольку три последних напрямую зависят от степени эффективности формальных институтов.

Растущая открытость бюджетного процесса во многом остается таковой лишь для непосредственных участников самого процесса формирования бюджета. Между тем все большая часть населения осознает, что может являться активным участником распределения общественных ресурсов. Усиливается актуальность реформирования самой процедуры разработки бюджета с целью достижения внятных и понятных обществен-

ным интересам результатов, предполагающих достижение максимально возможного мультипликативного экономического и социального эффекта от каждого бюджетного рубля. Четко указывается на то, что контроль целевого расходования бюджетных средств должен сопровождаться содержательным анализом достигнутых результатов. Речь также идет об обеспечении кардинального повышения качества предоставляемых гражданам государственных услуг, модернизации сети оказания услуг за счет бюджетных средств. Суть реформы бюджетного процесса состоит в смещении акцентов бюджетного процесса от «управления бюджетными ресурсами (затратами)» на «управление результатами» путем внедрения программно-целевых принципов организации деятельности органов государственной власти и местного самоуправления. Общей целью лиц, ответственных за разработку программ общественных расходов, является обеспечение того, чтобы средства, которые ассигнуются на общественные цели, были потрачены эффективно и дошли до конкретного получателя.

Однако кроме бюджетной эффективности при изучении эффективности использования бюджетных средств необходимо оценить социально-экономическую эффективность. Наиболее разработанным является применение оценки эффективности бюджетных средств

в здравоохранении. Условно эта оценка может быть разделена на 4 уровня [1,2,3]:

- медицинская эффективность;
- структурная эффективность;
- социальная эффективность;
- экономическая эффективность

На каждом уровне может быть использован один из 4 применяемых на практике методов анализа эффективности затрат [4,5]:

- метод минимизации затрат;
- метод «затраты – результативность»;
- метод «затраты – выгода»;
- метод «затраты – полезность».

Метод минимизации затрат. Данный метод сводит принятие решения к простому выбору наиболее дешевого варианта при одинаковом качестве. На макроуровне этот метод в здравоохранении практически не применяется, поскольку трудно достичь общественного согласия. На отраслевом уровне примером применения данного метода в здравоохранении может быть региональная программа внедрения стационарно-замещающих технологий вместо дорогостоящего стационарного лечения. Стоимость одного койко-дня в стационаре в среднем дороже в 3-4 раза, чем стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре. При этом замена возможна только в случае замещения аналогичного набора простых медицинских услуг или стандартной медицинской технологии. Должны быть учтены транспортная доступность дневного стационара (особенно для сельских районов) и социальные факторы (возможность получения бесплатных лекарств в амбулаторных условиях). На уровне учреждений метод минимизации затрат широко применяется при государственных или региональных закупках однотипного оборудования, продуктов питания, лекарственных препаратов [6]. В последние годы в Казахстане совершенствуется законодательство в этой области, что существенно облегчает задачу применения этого метода на практике.

Экономический анализ по методу «затраты – результативность/эффективность». Данный метод предполагает сравнение вариантов расходования средств, направленных на достижение единой цели и различающихся не только затратами, но и степенью достижения конечного результата [6]. Важно, что, используя метод «затраты – результативность», можно сопоставлять совершенно разные программы здравоохранения, направленные на единую цель. Так, можно сравнивать программы, направленные на лечение кардиологических заболеваний, профилактику туберкулеза, почечный диализ при отказе почек и т.д. Главное – чтобы эти программы ставили единую цель (например, продление жизни, сокращение заболеваемости по тому или иному виду болезней, повышение качества оказания медицинских услуг населению и т.д.) [1].

Для оценки эффективности здравоохранения по методу «затраты – результативность» наряду с перечисленными показателями объемов медицинских услуг (койко-дни на 1000 человек по профилям и уровням оказания медицинской помощи, количество пролеченных больных, количество посещений на 1000 человек, количество вызовов «скорой помощи» на 1000 человек, количество дней пребывания в дневных стационарах на 1000 человек) можно использовать группу следующих показателей для измерения результатов деятельности системы здравоохранения и ее учреждений [1]:

- заболеваемость населения (число заболеваний, зарегистрированных у больных с впервые установленным диагнозом на 1000 человек), в том числе по основным классам болезней;

- совокупность всех больных данной болезнью, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения, как в текущем, так и в предыдущие периоды и состоящих на учете на конец отчетного периода;

- заболеваемость населения с временной утратой трудоспособности характеризуется числом календарных дней временной нетрудоспособности;

- первичная инвалидность – число лиц, впервые признанных инвалидами в текущем году;

- смертность;

- количество жалоб населения на качество оказанных медицинских услуг.

Экономический анализ по методу «затраты – выгода». Экономический анализ по методу «затраты – выгода» - исторически самый первый метод экономической оценки эффективности затрат. Он наименее предпочтителен, поскольку в данном случае экономическую эффективность оценивают только по соотношению вложенных и полученных денежных средств [7].

Однако, в некоторых случаях, когда сравнительная оценка рассматриваемых вариантов не может быть сведена к рассмотрению одного обобщающего натурального показателя, а результат можно выразить в денежном измерении (например, при сокращении дней нетрудоспособности), целесообразно проводить анализ по данному методу. Для этого необходимо перевести такие эффекты, как количество дней нетрудоспособности, которых удалось избежать, обретенные годы жизни, отсутствие осложнений и др., в их денежный эквивалент. Это не всегда легко, но для некоторых типов эффектов часто бывает не только приемлемо, но и возможно. Результаты такого анализа можно выразить либо в форме отношения денежных затрат к денежной выгоде, либо в виде простой суммы (возможно, отрицательной), выражающей нетто-прибыльность (или убыточность) одной программы относительно другой [6].

Экономический анализ по методу «затраты – полезность» - многие результаты оказания медицинских услуг невозможно выразить в денежном измерении. Невозможно, например, в тенге оценить роль психотерапевтических процедур в период лечения, или роль повышения квалификации персонала в улучшении качества оказания медицинской помощи, или эффект снятия острой боли при применении анестезии. В этом случае в качестве единого показателя для разнородных результатов на практике применяют метод, отражающий результат, выраженный в некотором сводном неденежном показателе, – например в годах жизни, скорректированных по качеству (Quality Adjusted Life Years – QALY,) или в годах жизни, скорректированных по степени инвалидности (Disability Adjusted Life Years – DALY) [1,6,8].

Для того чтобы оценить число QALY, каждому состоянию при каждом виде заболеваний присваивают коэффициенты полезности от 0 (смерть) до 1 (полностью здоров) [9,10,11]. В некоторых случаях используют шкалу от 0 до 100 [12]. Далее выигранные годы умножаются на коэффициент полезности, что в итоге и дает число QALY. Например, если ожидаемая продолжительность жизни населения в регионе в результате проводимых реформ в здравоохранении повышается на 5 лет со средним коэффициентом качества добавленных лет жизни, равном 0,7, то результат проводимых реформ оценивается как $0,7 * 5 = 3,5$ QALY. Такой метод называется анализом «затраты – полезность».

Оценка коэффициентов полезности проводится экспертным путем и сопряжена с рядом методологических сложностей, связанных, с одной стороны, с отбором квалифицированных экспертов, четкой формулировкой

задач, а с другой – с субъективностью оценок и сложностью обработки полученного материала. Экспертная оценка проводится на основе социологического опроса населения и оформляется в виде таблиц коэффициентов полезности для дальнейшей обработки. Разработка анкеты для такого социологического опроса требует привлечения квалифицированных врачей, социологов, психиатров, специалистов в области статистики [1]. Поэтому в казахстанской практике метод «затраты – полезность» трудно применим и в ближайшее время практического применения ни на макроуровне, ни на отраслевом уровне, ни на уровне учреждений может не найти. Применение этого метода ограничено возможностями имеющейся статистической информации и возможно лишь при проведении отдельных научных исследований.

Сложность оценки эффективности общественных расходов усугубляется возможным противоречием медицинской, экономической и социальной эффективности здравоохранения. К примеру, затраты на предоставление услуг неизлечимому больному с медицинской точки зрения совершенно неэффективны. Болезнь вылечить не удастся, зло в данном случае (по определению Гиппократу) превосходит средства медицины. Экономической эффективности мы здесь также не сможем обнаружить, так как пациент уже не только не вернется в строй полноценных работников, не будет участвовать в создании прибыли, производстве национального дохода и т.д., но и не сможет оплатить свое лечение. Однако с точки зрения социальной эффективности эти «бесперспективные затраты» приобретают совершенно особое значение и имеют вполне определенный результат, воплощенный в человеколюбивой нравственной атмосфере, господствующей в данном обществе. Поэтому социальная эффективность в плане ожидаемых результатов должна быть поставлена на первое место, медицинская – на второе, а экономическая – на третье. Именно такое распределение приоритетов в целом характерно для любого типа развития медицины на макроэкономическом уровне [13].

Сложнее обстоит дело с этими же приоритетами на микроэкономическом уровне. Если медицинское учреждение или частнопрактикующий врач на первое место ставит экономическую эффективность, то их функционирование как хозяйствующих субъектов происходит по обычной модели любого коммерческого предприятия. Если же наиболее приоритетными становятся медицинская и социальная эффективность, то рентабельность данного предприятия может быть нулевой.

Противоречивость интересов субъектов рынка медицинских услуг очевидна. С одной стороны, государство в лице его правительственных органов, имея весьма ограниченные ресурсы для реализации общественных функций, заинтересовано в максимально возможном уменьшении общественных затрат на здравоохранение. С другой стороны, существуют государственные гарантии в области охраны здоровья, что не позволяет правительству чрезмерно сократить расходы на бесплатное здравоохранение, ведь это может привести к неприемлемым и даже невозможным потерям с точки зрения как здоровья населения, так и уровня развития медицины.

В связи с этим очень важно определить государственные минимальные социальные стандарты в общественном здравоохранении, которые должны зафиксировать предел, ниже которого не должны опускаться показатели объема и качества медицинской помощи населению на бесплатной основе. При этом существуют факторы, оказывающие влияние как на стоимостную

оценку минимальных социальных стандартов, так и на общую потребность в ресурсах. К ним относятся, с одной стороны, реальный объем потребности населения в медицинских услугах и, с другой – предложение, формируемое производителями медицинских услуг, которое может необоснованно увеличивать их потребление. Правительство экономически заинтересовано в уменьшении потребления медицинских услуг за счет улучшения здоровья граждан, снижения частоты и тяжести заболеваний, сокращения числа хронических заболеваний, инвалидности и др.

Под эффективностью государственного регулирования сферы здравоохранения мы понимаем ситуацию, когда административные и экономические мероприятия, проводимые государством, приводят к росту общественного благосостояния при условии равенства выгод, получаемых обществом, затратам на осуществление подобных мероприятий. Теоретически можно выделить такие виды эффективности государственного регулирования, как: экономическая, социальная и адаптационная. Анализ различных видов эффективности позволяет выделить дополнительную четвертую разновидность – институциональную эффективность государственного регулирования, суть которой заключается в способности формальных институтов, создаваемых государством, экономить трансакционные издержки. Можно выделить следующие критерии эффективности государственного регулирования – критерии экономической, социальной, адаптационной и институциональной эффективности [6, 14].

Институциональная эффективность является первичной и определяющей экономическую, социальную и адаптационную эффективность, поскольку три последних напрямую зависят от степени эффективности формальных институтов.

Литература:

1. Дуганов. М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М.: ИЭПП, 2007.
2. Астафьева Н.Г., Абызова Н.В., Белянко Н.Е. Экономические основы здравоохранения, Учебно-методическое пособие, М., 1999; Решетникова А.В. Экономика здравоохранения. Учебное для вузов. М., Изд. ГЭОТАР-Медиа, 2009;
3. Колосницына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Экономика здравоохранения. Учебное пособие, М., Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008;
4. Drummond M.F., O'Brien B., G.L. Stoddart, G.W. Torrance Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs. 2nd. ed. (Oxford Medical Publications). Oxford University Press. 1997;
5. Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинко А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении: рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях. М.: Полиграфист, 2000. С. 14.
6. Юрманова Е.А. Оценка социально-экономической эффективности общественных расходов. Электронный научный журнал. Теория и практика общественного развития, 2011, №2.
7. Мартынов А.И., Остраумова О.Д., Гиляревский С.Р., Мамаев В.И., Нестерова М.В. Методы фармакоэкономического анализа в кардиохирургии и кардиологии, 2001, №11-12
8. Muennig. P. Designing and Conducting Cost-Effectiveness Analysis in Medicine and Health Care. Jossey-Bass, San Francisco, 2002
9. Drummond M.F. Resource allocation decision in health care: a role for quality of life assessments? // J.Chron. Dis. - 1987. - Vol.40, №6. - P.605-616

10. O'Brien B. Principles of economic evaluation for health care programs // J.Rheumatol. - 1995. - Vol.22, N7. - P.1399-1402.

11. Guyatt G.H. A taxonomy of health status instruments // J. Rheumatol. - 1995. - Vol.22, N6. - P. 1188-1190.

12. Kobelt G. Методы фармакоэкономического анализа: полезность затрат // Клини. фарм. и тер., - 1999. - Vol.3 -P. 60- 64.

13. Kobelt G. Методы фармакоэкономического анализа: полезность затрат // Клини. фарм. и тер., - 1999. - Vol.3 -P. 60- 64.

14. Бутиевская В.Б., Тургель И.Д. Методика анализа эффективности затрат в рамках программы социально-экономического развития здравоохранения региона. <http://chinovnik.uapa.ru/modern/article.php=586>

УДК 614.2+616-036.8-026.87

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ НА СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ НА ПРИМЕРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ В КРУГЛОСУТОЧНОМ СТАЦИОНАРЕ

А.Б. Абдрахманов, А.С. Айкешева, А.К. Альмадиева, Г.Т. Корабаева, Ш.К. Каюпова, Ю.С. Сидоркина, Ж.А. Ергалиева

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана

Резюме

Публикация посвящена проблеме эффективности затрат в стационаре. Для проведения оценки эффективности предлагается использование метода «затраты - результативность». В качестве результатов деятельности медицинских организаций рассматривается показатель летальности в стационарах (коэффициент летальности).

Түйіндеме

ТӘУЛІК БОЙЫ СТАЦИОНАРДА, ҚАНША ӨЛІМ БОЛАТЫН ТУРАЛЫ МЫСАЛЫ, СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕКТИҢ ҚАНШАЛЫҚТЫ КӨРСЕТІЛГЕННІҢ ТИІМДІ БАҒАЛАНУЫ

Мақала стационардағы шығындарды тиімді пайдалану мәселесіне арналған. Шығындарды тиімді бағалау үшін мақалада «шығындар-нәтижелілік» әдістемесін қолдану ұсынылады. Стационарлық қызмет көрсететін ауруханалардың жұмысының нәтижесі ретінде ауруханадағы өлім көрсеткіші қарастырылады.

Summary

ASSESSMENT OF COST-EFFECTIVENESS OF INPATIENT MORTALITY FOR EXAMPLE, ROUND THE HOSPITAL

The article deals with the problem of cost-effectiveness analysis in inpatient care. "Cost-effectiveness analysis" proposed to carry out the effectiveness analysis in inpatient care. The rate of hospital mortality is considered as a result of the activities of the hospitals.

Актуальность - на современном этапе развития общества перед казахстанским здравоохранением остро стоит проблема эффективного распределения доступных ресурсов для повышения доступности и качества медицинской помощи. Решение этой проблемы требует использования в практике управления методов сравнительной оценки возможных вариантов распределения ресурсов. Обоснование выбора наилучшего варианта сопряжено с учетом экономических, технологических, социальных, политических и других факторов.

Для нашей страны характерной особенностью финансирования отрасли здравоохранения является непрерывный рост ассигнований с преимуществом финансирования стационарной помощи, на протяжении долгих лет начиная со времен существования Советского союза. При этом приоритетным направлением, как и во всем мире, является профилактика хронических неинфекционных заболеваний, улучшение состояния здоровья популяции.

Актуальность разработки методов оценки эффективности бюджетных расходов (особенно на региональном уровне) обусловлена необходимостью соответствия результатов деятельности медицинских учреждений реальным условиям их финансирования. В связи с этим основной целью данной работы выступает анализ возможностей и результатов использования методов оценки эффективности затрат в здравоохранении по данным базы АИС «Стационар» КОМУ МЗ РК за 2010г. и ТОО «МедИнформ» за 2009г.

Цель – оценка эффективности затрат на стационарную помощь на примере летальных исходов.

Материалы и методы исследования – в качестве методологической базы оценки экономической эффективности затрат в стационаре, в данной работе используются такие показатели как средняя стоимость одного койко-дня и коэффициент летальности. Для расчета этих показателей, была использована база данных АИС «Стационар» по пролеченным случаям в стационаре, ежегодно обновляемая Республиканским информационно-аналитическим центром МЗ РК и его филиалами.

Результаты – Применение экономического анализа по методу «затраты - результативность» для оценки эффективности использования затрат в стационарах позволило установить связь между объемом финансирования и результатом деятельности стационара, выраженных летальными исходами а также установить классы болезней и регионы где наблюдались как высокие затраты, так и высокие показатели летальности. Анализ, проведенный в разрезе регионов республики, позволяет оценить деятельность медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь как неэффективную в г. Алматы. Анализ, проведенный по всем группам заболеваний в городах Алматы и Астана показал, что при больших затратах по сравнению с другими регионами в г. Алматы наблюдается самый высокий показатель летальности, тогда как в г. Астана отмечается один из самых низких показателей летальности по республике по всем классам болезней.

Выводы – для эффективного управления затратами в здравоохранении рекомендуется применение экономического анализа по методу «затраты – результативность». Методика «затраты – результативность» для

оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном уровне, может с успехом использоваться в целях разработки бюджета, ориентированного на результат, на нескольких этапах бюджетного процесса.

Введение. Экономические вопросы в здравоохранении являются чрезвычайно актуальными в настоящее время. Это связано с необходимостью обоснования объема адекватных инвестиций и попыткой оценить вероятный экономический эффект от затрат на сохранение здоровья [1]. При этом здравоохранение является ресурсосберегающей отраслью, именно поэтому в индустриально развитых странах расходы на него составляют значительную долю от внутреннего валового продукта и зачастую превышают расходы на многие другие отрасли народного хозяйства, а инвестирование в здоровье населения, с целью сохранения трудового потенциала, является одной из наиболее приоритетных задач.

На современном этапе развития общества перед казахстанским здравоохранением остро стоит проблема эффективного распределения доступных ресурсов для повышения доступности и качества медицинской помощи. Решение этой проблемы требует использования в практике управления методов сравнительной оценки возможных вариантов распределения ресурсов. Обоснование выбора наилучшего варианта сопряжено с учетом экономических, технологических, социальных, политических и других факторов.

В последние годы происходят заметные изменения в бюджетном процессе, направленные на повышение его эффективности. Но растущая открытость бюджетного процесса во многом остается таковой лишь для непосредственных участников самого процесса принятия бюджета. Между тем все большая часть населения осознает, что может являться активным участником распределения общественных ресурсов. Усиливается актуальность реформирования самой процедуры разработки бюджета с целью достижения выятных и близких общественным интересам результатов.

Осознание необходимости соизмерения полученных и запланированных результатов в первую очередь порождает вопрос о разработке системы индикаторов, отражающих приоритетные направления в расходовании бюджетных средств в сфере здравоохранения. Применяемый ранее подход к оценке эффективности деятельности здравоохранения с использованием только конечных социально-демографических показателей (показатели смертности, ожидаемой продолжительности жизни и т.п.) и таких критериев, как размер коечного фонда, и т.д., в новых условиях финансирования отрасли является непригодным. Сегодня одним из наиболее эффективных путей решения этой задачи является экономический анализ, предусматривающий сопоставление финансовых затрат на охрану и укрепление здоровья населения с уровнем социально-экономических потерь общества от заболеваемости и смертности [2]. Речь идет о сопоставлении затрат на деятельность служб здравоохранения и других социальных служб определенной территории по профилактике, лечению и реабилитации отдельных болезней с экономическим либо социальным эффектом от этой деятельности, заключающимся в снижении заболеваемости и смертности населения и их последствий (повышенная временная и стойкая нетрудоспособность, неоправданная инвалидность и преждевременная смертность). В результате использования методов экономического анализа удастся выявить те классы болезней и отдельные заболевания, которые обуславливают наибольший социально-экономический ущерб, что дает обоснованную

информацию для принятия решений о более эффективном распределении ресурсов.

Принципы проведения анализа эффективности

Основными этапами анализа эффективности являются:

- сбор информации о затратах из государственных источников на лечение больного в круглосуточном стационаре за определенный период времени (как правило, один год);
- расчет показателя летальности в стационарах, характеризующих качество оказания медицинской помощи;
- проведение собственно анализа эффективности, заключающегося в сопоставлении затрат с показателем летальности в стационарах;
- интерпретация полученных результатов и разработка рекомендаций по эффективному управлению затратами в стационарах в разрезе регионов.

Применение метода «затраты - результативность»

Для проведения экономического анализа по методу «затраты – результативность» нами предлагается использовать в качестве своеобразной системы координат две оси: «коэффициент летальности» в % и «затраты» в тг. выраженные в стоимости одного койко-дня. Точка пересечения этих двух осей определяется либо как среднеарифметическое значение для однородных показателей. Такая система координат образует четыре квадранта, значения индекса «затраты – результативность» в каждом из которых расцениваются по-разному – соответственно возможны 4 варианта его интерпретации (см. табл. 1):

1) высокие затраты при высокой летальности характеризуют ситуацию как неэффективное использование ресурсов;

2) низкие затраты при высокой летальности – как ситуацию с нехваткой ресурсов, требующей дополнительного финансирования;

3) высокие затраты при относительно низкой летальности в стационаре должны оцениваться как избыток ресурсов. При этом возможно перераспределение ресурсов внутри стационара на лечение других классов болезней;

4) и наконец, низкие затраты при низкой летальности характеризуют ситуацию как реально эффективную.

При рассмотрении летальности в стационаре вследствие болезней данный подход применим лишь частично, поскольку различные заболевания имеют неодинаковые тяжести. Например, заболевания связанные с психическими расстройствами, неврологические болезни характеризуются более высоким уровнем тяжести.

Разумеется, результаты деятельности стационара состоят не только в оценке предотвращенного летального исхода, но и в качестве сохраненных лет жизни. Соответственно предлагаемый метод оценки эффективности затрат на стационарную помощь не претендует на комплексность. Такие оценки должны использоваться в качестве индикаторов наличия проблем, требующих более детального анализа. Основное их преимущество и основная польза состоят в акцентировании внимания управленческих структур на тех проблемных зонах, которые в первую очередь требуют тщательного анализа.

Результаты

Анализ по классам болезней

Анализ по таблице «затраты – результативность» показало, что затраты не эффективны при лечении «болезней системы кровообращения», «отдельные состояния возникшие в перинатальном периоде», «новообразования», «врожденные аномалии» (табл.2).

Таблица 1 – Варианты интерпретации метода «затраты – результативность»

		Затраты (стоимость одного койко-дня)	
		Высокие	Низкие
Летальность	Высокие	1. Затраты неэффективны	2. Нехватка ресурсов – дополн. финансирование
	Низкие	3. Избыток ресурсов – Перераспределение ресурсов: - другие виды заболеваний	4. Реальная эффективность

Таблица 2 – Эффективность затрат по классам заболеваний в 2010 г.

		Затраты (стоимость одного койко-дня)	
		Высокие	Низкие
Летальность	Высокие	1. Болезни системы кровообращения 2. Отдельные состояния 3. Новообразования 4. Врожденные аномалии	1. Травмы и отравления 2. Болезни органов пищеварения
	Низкие	1. Болезни глаза 2. Болезни крови	1. Болезни кожи 2. Болезни органов дыхания 3. Болезни эндокринной системы 4. Симптомы, признаки и отклонения от нормы 5. Болезни МПС 6. Факторы, влияющие на состояние здоровья 7. Болезни КМС 8. Болезни уха 9. Беременность, роды

В вышеперечисленных классах болезней как средняя стоимость одного койко-дня, так и показатель летальности были выше их средних республиканских значений. Так, если средняя стоимость одного койко-дня в этих группах в среднем составили 10 266,5 тг. (что на 71,8% выше среднего республиканского значения), то показатель летальности составили в среднем 3,8% (что на 277,1% выше среднего республиканского значения) (табл. 3). При этом наиболее неэффективное использование затрат отмечается в классе болезней врожден-

ные аномалии. По данному классу болезней средняя стоимость одного койко-дня в среднем составили 12 924,9 тг., что на 116,3% выше среднего республиканского значения. Показатель летальности составили 5,5%, что на 441,8% выше среднего республиканского значения. В этих классах следует принимать меры, как по рациональному использованию финансовых средств, так и по устранению факторов, приводящих к летальному исходу.

Таблица 3 – Эффективность затрат по классам болезней в 2010 г.

МКБ-10	Наименование класса	Средняя стоимость одного койко-дня, в тг.	Летальность
I00-I99	Болезни системы кровообращения	7 675,1	2,86
P00-P99	Отдельные состояния	8 172,4	5,48
C00-D49	Новообразования	12 293,8	1,52
Q00-Q99	Врожденные аномалии	12 924,9	5,53
	Итого/среднее по 4 классам	10 266,5	3,85
A00-Z99	Итого/среднее по 21 классам	5 976,1	1,02
	Разница между средними, в %	+ 71,8 %	+ 277,1%

Источник: АИС «Стационар» КОМУ, 2010 г.

В классах «болезни глаза» (6103,1тг./0,01%) и «болезни крови» (6662,5тг./0,53%), где отмечается избыток ресурсов, следует изменять подходы к лечению: требуется удешевление медицинской помощи за счет применения мер первичной профилактики. Недостаток ресурсов отмечается в классах заболеваний «травмы и отравления» (5599,2тг./1,73%), «болезни органов пищеварения» (5735,5тг./1,11%). Здесь следует наращивать инвестиции, прежде всего в дорогостоящее диагностическое и лечебное оборудование.

И наконец, низкие затраты при низких показателях общей летальности наблюдались в классах болезней «болезни кожи», «болезни органов дыхания», «болезни эндокринной системы» «симптомы, признаки и отклонения от нормы», «болезни МПС», «факторы, влияющие на состояние здоровья», «болезни КМС», «болезни уха» и «беременность, роды». В данных классах болезней как средняя стоимость одного койко-дня, так и показатель

летальности были ниже их средних республиканских значений.

Анализ в разрезе регионов РК

Анализ, проведенный в разрезе регионов республики (табл. 5), позволяет оценить деятельность медицинских организаций оказывающих стационарную помощь как неэффективную в Актыобинской области и в г. Алматы. В этих регионах как средняя стоимость одного койко-дня, так и показатель летальности были выше их средних республиканских значений. Так, если средняя стоимость одного койко-дня в этих регионах в среднем составили 7 207,9 тг. (что на 20,6% выше среднего республиканского значения), то показатель летальности составили в среднем 1,40% (что на 37,2% выше среднего республиканского значения) (табл. 6). При этом необходимо отметить что наиболее неэффективное использование затрат отмечается в г. Алматы. Средняя стоимость одного койко-дня составили 8 292,9 тг., что на 38,8% выше среднего республиканского значения.

Показатель летальности составили 1,71%, что на 67,7% выше среднего республиканского значения. Низкие значения как средней стоимости одного койко-дня так и показателя летальности в Актюбинской области по

сравнению с г. Алматы характеризуют ситуацию, как реально приближающуюся к эффективной (см. табл. 6). Избыток ресурсов отмечается в городе Астана (13 318,2тг./0,71%).

Таблица 5 – Эффективность затрат в разрезе регионов в 2010 г.

Летальность	Затраты (стоимость одного койко-дня)		
	Высокие	Высокие	
		Низкие	Низкие
	1. Актюбинская 2. г. Алматы	1. Костанайская 2. Карагандинская 3. В-Казахстанская 4. Мангистауская 5. Павлодарская	
	Низкие	1. г. Астана	1. Акмолинская 2. Кызылординская 3. Алматинская 4. С-Казахстанская 5. Жамбылская 6. З-Казахстанская 7. Ю-Казахстанская 8. Атырауская

Казалось бы, что высокую стоимость одного койко-дня в городах Алматы и Астана можно объяснить тем что, основные и наиболее затратные виды медицинской помощи жителям республики оказываются именно в этих городах. Так, к примеру, доля пролеченных больных получивших высокоспециализированную медицинскую помощь в круглосуточном стационаре в 2010 году в городе Алматы составили 42,8% и в городе Астана -

34,2% в структуре всех пролечившихся по республике. Однако было установлено, что средняя стоимость одного койко-дня по ВСМП в среднем по двум городам не превышало средних значений других регионов. $t_{расч} = 0,18 < t_{табл} = 2,14$ при $\beta = 95\%$ из таблицы t-критериев Стьюдента говорит о статистической незначимости разницы уже по первому порогу доверительной вероятности.

Таблица 6 – Эффективность затрат в разрезе регионов в 2010 г.

Регион	Средняя стоимость одного койко-дня, в тг.	Летальность
Актюбинская область	6 122,8	1,09
г. Алматы	8 292,9	1,71
Итого/среднее по 2 регионам	7 207, 9	1,40
Итого/среднее по 16 регионам	5 976,1	1,02
Разница между средними, в %	+ 20,6 %	+ 37,2 %

Источник: АИС «Стационар» КОМУ, 2010 г.

Для доказательства достоверности вышеизложенного вывода по ВСМП также были проанализированы наиболее затратные группы болезней как «новообразования» и «болезни системы кровообращения». Анализ по двум группам болезней показал, что средние стоимости одного койко-дня по двум городам не превышали значений других регионов. $t_{расч} = 0,68 < t_{табл} = 2,14$ по БСК, и $t_{расч} = 0,53 < t_{табл} = 2,26$ по новообразованиям при $\beta = 95\%$ из таблицы t-критериев Стьюдента говорит о статистической не значимости разницы.

Было также установлено, что летальные исходы в городе Алматы были выше среди пролеченных, получивших специализированную медицинскую помощь по отношению к высокоспециализированной помощи. Так, к примеру, показатель летальности по новообразованиям (уровень СМП) составили 4,3%, что было на 273,3% выше среднего республиканского значения. Показатель летальности по ВСМП составили 1,0%, что не превышало среднего республиканского значения.

Анализ, проведенный по всем группам заболеваний в городах Алматы и Астана показал, что при больших затратах по сравнению с другими регионами в г. Алматы наблюдается самый высокий показатель летальности, тогда как в г. Астана отмечается один из самых низких показателей летальности по республике по всем классам болезней.

В вышеназванных городах республики следует принимать меры, как по рациональному использованию финансовых средств (г. Астана), так и по устранению факторов, приводящих к летальному исходу (г. Алматы).

Недостаток ресурсов наблюдается в Костанайской (4580,7тг./1,16%), Павлодарской (5761,1тг./1,24%), Карагандинской (4882,9тг./1,37%), Восточно-Казахстанской (5017,8тг./1,17%), Мангистауской (5415,6тг./1,04%) областях. В этих регионах наблюдается несколько нехватка ресурсов, сколько другие факторы, которые влияют на показатель летальности. В этих областях следует провести мероприятия по профилактике внутри своих районов для снижения летальности, а также уделить внимание улучшению медицинской помощи населению (внедрение более эффективных методов лечения, повышение квалификации медицинского персонала, кадров и т.д.).

Таким образом, можно также анализировать ситуацию как внутри каждого класса болезней, так и внутри каждого региона.

Литература:

1. Римашевская Н.М., Кислицина О.А. Неравенство доходов и здоровье // Народонаселение. 2004. - № 2. - С. 14-22.
2. Дуганов. М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М.: ИЭПП, 2007.

УДК 614.2 (085.7)

ВЛИЯНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТАРИФОВ

Г.Т. Корабаева, А.К. Альмадиева, В.В. Койков, А.Б. Абдрахманов, Ю.С. Сидоркина

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана

Резюме

В статье приведен анализ влияния человеческого фактора на использование медико-экономических тарифов. Некачественное заполнение стационарных карт (ф 066/у), вследствие недостаточного уровня навыков врачей в работе с АИС «Стационар», привело к значительным количественным и качественным дефектам объема выполнения МЭТ, что соответственно могло повлиять и на эффективность лечения.

Тұжырым

МЕДИЦИНАЛЫҚ-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТАРИФТЕРДІ ҚОЛДАНУЫНДА АДАМ ФАКТОРЫНЫҢ ӘСЕРІ

Келесі мақалада медициналық-экономикалық тарифтерді қолдануында адам факторының әсерін талдау жүргізілген. "Стационар" ААЖ-ны дәрігерлер қажетті деңгейде меңгермегендіктен, статистикалық карталарды сапасыз толтыру салдарынан медициналық-экономикалық сыйымдылығының сапа-молшерік дефектілеріне әкелді. Бұл емдеу нәтижесіне де әсер етуі мүмкін.

Summary

THE INFLUENCE OF THE HUMAN FACTOR IN USE OF MEDICAL AND ECONOMICAL TARIF

Article describes an analysis of the influence of human factors in use of medical - economic tarif. Improper filling of stationary maps (p 066 / y) due to an insufficient level of skills of doctors in dealing with AIS "Statsionar" the hospital has resulted in significant quantitative and qualitative defects in the volume of the implementation of the MET, respectively, which could influence to effectiveness of treatment.

Актуальность. Как известно, в 2010 году прошел 1 этап внедрения, который включил в себя централизацию ГОБМП (стационарная и стационарозамещающая помощь). В результате внедрена совершенно новая модель финансирования, ориентированная на конечный результат и оплату за фактические расходы на оказание медицинской помощи [1].

Согласно приказу МЗ РК № 801 от 26 ноября 2009 г., *медико-экономический тариф (МЭТ)* – это интегральная стоимостная характеристика медико – экономических протоколов за один пролеченный случай.

Медико-экономические протоколы вошли в основу медико-экономических тарифов (МЭТов), которые состоят из двух основных частей: переменной и постоянной. Переменная (медицинская) часть протокола определяет необходимые для лечения основные и дополнительные диагностические исследования, медикаменты, операционные медикаменты, медикаменты для анестезии, дополнительные лечебные мероприятия, их необходимое количество, цену за единицу и общую стоимость. Постоянная (экономическая) часть приводит сводный расчет стоимости лечения одного случая, включающий зарплату медицинским работникам, социальные отчисления, питание для основной и дополнительной частей протокола [2-4].

Для анализа применения медико-экономических тарифов были использованы следующие составные части МЭТ: лабораторные, инструментальные исследования, дополнительные лечебные мероприятия, консультации специалистов и медикаменты. Категория «медикаменты» в МЭТ включает основные и дополнительные медикаменты, медикаменты в отделении, операционные, для анестезии, а также включает расходные материалы и мягкий инвентарь (такие как шприцы, вата, устройства для внутривенных вливаний и др.)

Цель исследования: В 2010 году на базе РГП «Институт развития здравоохранения» в рамках научно-исследовательской программы «Разработка науч-

но-обоснованных предложений по повышению эффективности финансирования медицинских организаций» был проведен анализ применения медико-экономических тарифов на примере Городской больницы №1 г. Астана.

При применении МЭТ в ГБ№1 были обнаружены значительные дефекты, выраженные несоответствием перечня предоставленных лечебно-диагностических мероприятий рекомендациям медико-экономических тарифов (МЭТов).

Материалы и методы исследования: Анализ дефектов применения МЭТ был проведен для 120 случаев по форме 066/у с диагнозами: «Острый аппендицит неуточненный» (30 форм), «Сальпингит и оофорит» (60 форм), «Нестабильная стенокардия» (30 форм) в хирургическом, гинекологическом и кардиологическом отделениях Городской больницы №1 г. Астана в 2010 году. Данные для анализа были взяты из экспертированной базы данных АИС - «Стационар» Комитета оплаты медицинских услуг. Каждая форма 066/у анализировалась на соответствие проведенного лечения и МЭТ 06-062б «Острый аппендицит. Аппендэктомия неосложненная, общий наркоз», МЭТ13-124а «Сальпингит и оофорит», МЭТ 05-053а «Нестабильная стенокардия». Для анализа были использованы основные составные части МЭТ - лабораторные исследования, инструментальные исследования, дополнительные лечебные мероприятия, консультации специалистов и медикаменты.

Данные статистической карты выбывшего из стационара (форма 066/у) каждого пролеченного случая были внесены в таблицы, где рассчитано общее количество всех предоставленных исследований и медикаментов (как рекомендованных в МЭТ, так и не упоминаемых в МЭТ) для 120 пролеченных случаев.

Результаты и обсуждение: Подводя итоги результатов проведенного исследования можно вынести следующие выводы:

1. Медико-экономические тарифы направлены на достижение полноты объема оказания медицинской помощи населению в рамках ГОБМП в соответствии с протоколами диагностики и лечения для достижения конечного результата. Однако, исследования практических аспектов применения МЭТ в пилотной организации по профилям (хирургический, гинекологический, кардиологический) указывают на значительные отклонения от МЭТ (и лежащих в их основе протоколов диагностики и лечения) как по количественной характеристике, так и качественному составу оказанных медицинских услуг.

2. В результате анализа применения МЭТ нами были выявлены значительные отклонения по затратам. При лечении 30 случаев с диагнозом К 35.9 «Острый аппендицит неуточненный» в хирургическом отделении фактические затраты превысили рекомендованные МЭТ 06-0626 затраты более чем в два раза. Дефект объема выполнения МЭТ составил +108%. На лечение 60 случаев с диагнозом N 70.0 «Острый сальпингит и оофорит» в гинекологическом отделении фактические затраты превысили МЭТ 13-124а на +51%. Только при лечении 30 случаев с диагнозом I 20.0 «Нестабильная стенокардия» в кардиологическом отделении фактические затраты превысили МЭТ 05-053а лишь на 10%. Таким образом, фактические затраты на стационарное лечение двух из трех проанализированных диагнозов в пилотном стационаре значительно превышают допустимый коридор отклонения от МЭТ +/- 15%.

3. Количество предоставленных медицинских услуг, в том числе медикаментов, не соответствует рекомендациям МЭТ. Дефекты объема выполнения МЭТ по количеству предоставленных медикаментов составляют -91%, -55% и -89% в профильных отделениях. В большинстве случаев дефекты объема предоставления рекомендованных МЭТ обязательных лабораторных и инструментальных исследований составляет более -90% а во многих случаях -100%, то есть эти исследования не проводились вообще. Пациенты в значительной мере «недополучают» гарантированные им медицинские услуги. Дополнительные лечебные мероприятия, которые в МЭТ имеют вероятность 10% или 40% во всех случаях не проводились вообще. В тоже время, пациентам в стационаре было предоставлено большое количество непредусмотренных МЭТ исследований и медикаментов. Однако, во всех случаях дефекты объема выполнения МЭТ (если рассчитать их по количеству предоставленных и рекомендованных МЭТ услуг) не корректно отражают «недоработки» стационара и «недополучение» пациентами гарантированного объема бесплатных медицинских услуг. Во всех трех случаях в МЭТ среди медикаментов указаны мягкий инвентарь, расходные материалы или кислород в больших количествах, которые не указываются в анализируемой форме 066/y.

С другой стороны, такие значительные количественные и качественные отклонения от МЭТ указывают также на тот факт, что поставщики медицинских услуг на местах не имеют доступа к МЭТам. Чаще всего поставщики имеют доступ только к той части МЭТ, которая внесена в базу данных АИС-«Стационар». Это просто суммарная стоимость одного пролеченного случая, разбитая на зарплату, социалог, питание и медикаменты. Однако, ни медикаменты, ни необходи-

мые исследования в базе данных не указываются. А сами МЭТы с указанием необходимых для диагностики и лечения исследований и медикаментов не были распространены среди поставщиков услуг. Отсутствие прозрачности содержания МЭТ приводит к тому, что поставщики не знают какие именно диагностические и лечебные услуги гарантированы пациентам в каждом случае. Многие из обязательных диагностических и лечебных услуг или не проводилось или проводились в количестве, не соответствующим МЭТам данного диагноза; присутствуют значительное число случаев полипрагмазии, что отрицательно сказывается на эффективности лечения. Также следует учесть, что качество заполнения стат.карт оставляет желать лучшего. АИС «Стационар» является совершенной автоматизированной информационной системой, которая, как было указано выше, формирует и статистические данные. Имеет место множество ошибок при шифровке основного клинического диагноза по МКБ X, что приводит к неверному выбору МЭТа. При этом врачами не указываются сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания, что может привести к формированию ошибочных статистических данных по заболеваниям. Присутствует вероятность того, что данные в программу заносятся не самим врачом, а средним медицинским персоналом, которые не владеют соответствующей компетенцией, что также может исказить истинные результаты и показывать «виртуальную» неэффективность лечения [5].

Если поставщики медицинских услуг будут иметь доступ к МЭТам, «видеть» рекомендованные лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, дополнительные лечебные мероприятия и медикаменты для каждого диагноза, и будут профессионально работать с ними, дефекты объема выполнения МЭТ значительно сократятся, что повысит качество и доступность медицинской помощи населению.

Литература:

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы.
2. Виталюева М.А., Кузнецова С.П., Рутковская О.И. 2008. Расчет стоимости медико-экономического стандарта оказания медицинской помощи (опыт Санкт-Петербурга). Менеджер здравоохранения// С. 33- 38.
3. Обухова О.В., Базарова И.Н., Гавриленко О.Ю. 2008. Проблемы внедрения медико-экономических стандартов в учреждения, оказывающие стационарную медицинскую помощь. Социальные аспекты здоровья населения.
4. Макарова Т.Н., Лебедева Н.Н. «Основные проблемы внедрения новых методов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования». Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. 1-2 ноября 1995, г. Ижевск, с. 69.
5. Крылдакова А.С. Пути и проблемы внедрения ЕНСЗ в Жамбылской области по итогам первого года работы // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, 2011. – №2. -с.30-31.

УДК 616.8-009.186-071-616.69-008.14

ЭВОЛЮЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕРИША (Обзор литературы)

Н.И. Кидирбаев

Национальный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, РАМН, Москва

Синдром, названный именем известного французского хирурга Рене Лериша, включает ишемию нижних конечностей, васкулогенную импотенцию, хроническую абдоминальную ишемию, синдром ишемии спинного мозга, синдром артериальной гипертензии [14].

По данным Л.А. Бокерия и соавт. (2002) число больных с синдромом Лериша увеличивается с возрастом и составляет на 6-7-ом десятилетии жизни уже 5-7% [2]. Особенностью этих заболеваний является тенденция к неуклонному прогрессированию процесса, приводящая к высокой степени инвалидизации. По данным Бурлевой Е.П., число госпитализированных пациентов с хронической ишемией нижних конечностей составляет 159,3 случаев на 100 000 населения в год [3]. По данным скринингового обследования пациентов старше 50 лет в США, опубликованного в 2005г., у 13% выявлено атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей [34].

Одним из основных методов лечения синдрома Лериша продолжает оставаться хирургический метод. Во многих клиниках мира за последние десятилетия оперативные вмешательства по поводу синдрома Лериша стали ежедневными, «обычными» операциями, накоплен огромный опыт, удалось значительно снизить операционную летальность и осложнения, улучшить ближайшие и отдаленные результаты. [16].

При изучении отдаленных результатов хирургического лечения оцениваются проходимость шунтов или протезов, смертность, выживаемость, поздние осложнения, сохранение конечности. На перечисленные результаты прямое влияние оказывают сопутствующие поражения: инфаркт миокарда (встречается в 0,8 – 5,2% случаев), ишемия кишечника (в 1,1% случаев), почечная недостаточность (в 0,46% случаев). Летальность в раннем послеоперационном периоде достигает 3,3% случаев [1].

Объектом пристального внимания исследователей, за полувековую историю оперативного лечения синдрома Лериша, является взаимосвязь между эректильной дисфункцией и сниженным притоком крови к кавернозным телам полового члена. Жалобы на отсутствие спонтанных и адекватных эрекций, либо резкое снижение качества эрекций, урежение ритма половой жизни предъявляют 86-90% больных с синдромом Лериша [8].

При этом наиболее часто применяемые в клинике реконструктивные операции на аорто-подвздошном сегменте не только не позволяют восстановить адекватное кровообращение в кавернозных телах полового члена, но и нередко приводят к ухудшению эректильной функции в послеоперационном периоде. Так 47-65 % больных с сохраненной до операции эректильной функцией после операции отмечают ее ухудшение вплоть до полного отсутствия эрекции [5,17]. По данным Бузова Ю.А. это происходит у 30-50 % больных с исходно сохранной половой функцией, а по данным зарубежной литературы – у 20-25 % больных [4,34].

Основной причиной этого является шунтирование кровотока в артериальное русло нижних конечностей с формированием гемодинамического «синдрома обкра-

дывания» [7,15]. Фактически, у больных развивается ятрогенная эректильная дисфункция. Причиной в большинстве случаев является неадекватный кровоток по внутренней подвздошной артерии и тазовым артериям. Характерной является также ретроградная эякуляция, которая наблюдается при дисфункции вегетативных нервных волокон, проходящих по левой боковой стенке аорты и пересекающих общие подвздошные артерии [23].

Диагностическая оценка состояния пациентов с эректильной дисфункцией до начала 80-х годов была ограничена лишь методами объективного обследования, определением психосексуального статуса, исследованием ночного набухания полового члена и измерением пениально-брахиального индекса. Первым методом, предложенным для инструментального обследования больных с васкулогенными эректильными расстройствами, стало измерение давления крови в сосудах полового члена [33,44]. Результаты измерения указывали на снижение его в сосудах полового члена по сравнению с показателями давления на уровне плеча у больных с васкулогенной ЭД и поражением периферических сосудов [25].

Также было предложено вычислять отношения артериального давления в сосудах полового члена к плечевому артериальному давлению. Этот показатель получил название пено-брахиальный индекс (ПБИ), который в норме составляет 0.8-0.9; при нарушении эрекции функционального происхождения этот индекс находится в пределах 0.75-0.5; при ЭД сосудистого происхождения индекс не превышает 0.6 [31].

Достоверность ПБИ и его положительная динамика после хирургического лечения больных с васкулогенной нарушениями эрекции подтверждена рядом исследователей [27,36]. Однако при дальнейшем изучении этого показателя было отмечено, что улучшение качества эрекции после операций не всегда коррелировала с изменениями АД полового члена и ПБИ. С другой стороны, у целого ряда больных с достоверным васкулогенного происхождения ЭД (подтвержденного ангиографически) отмечались высокие показатели ПБИ [7]. Таким образом, было установлено, что при окклюзиях периферических отделов гипогастрико-кавернозного артериального русла ПБИ и АД полового члена имеют низкую диагностическую ценность [25].

Другим методом, который был предложен для оценки кровоснабжения полового члена, стала реофаллография (импедансная плетизмография). Противоречивая оценка диагностической ценности реофаллографии при поражениях аорто-подвздошной зоны, технические неудобства и сложность интерпретации переменных данных ограничивают применение метода в диагностике окклюзионных поражений внутренних срамных артерий [8,27].

Исследования корреляции результатов термографии полового члена и данных ангиографии указывают на то, что термография имеет низкую информативность для диагностики поражений дистальных отделов системы внутренних подвздошных артерий и не может быть

использована для отбора больных, которым необходима фаллоартериография [7].

Наряду с широким внедрением практики ангиографических исследований в отечественных и зарубежных клиниках, 1978 году Michal и Pospichal впервые предложили применение пенильной артериографии у больных [18]. Длительное время селективное исследование внутренних половых артерий рассматривалось в качестве «золотого стандарта» в диагностике артериогенной ЭД [39]. Пенильная ангиография является технически сложным и инвазивным методом, кроме того, введение канюли и контрастного вещества часто сопровождается спазмом сосудов, что затрудняет интерпретацию результатов [18,19]. Ввиду этих ограничений целесообразным выполнением пенильной ангиографии лишь в редких случаях ЭД, являющейся следствием поврежденной промежности или малого таза у молодых мужчин, которым планируется выполнение сосудистых оперативных вмешательств [18].

Ни одна из этих диагностических процедур не позволяла исследовать артерии, венозную систему, и кавернозные тела полового члена с учетом их функционального состояния [12].

В конце XX в. был сделан большой шаг вперед в понимании причин, механизмов развития и методов лечения эректильной дисфункции. За несколько последних лет произошел значительный переворот в сознании практических врачей, признавших, наконец, ЭД медицинской проблемой, достойной внимания, изучения и обсуждения.

Обобщенные данные, представленные в докладах на II международной конференции по проблемам сексуальных дисфункций, свидетельствуют о том, что наиболее

часто ЭД вызывают комбинации болезней [31]. Если раньше основной причиной ЭД считали различные психологические проблемы, то сейчас это мнение изменилось. Установлено, что ЭД в 80% случаев имеет органическую природу и возникает как осложнение различных соматических заболеваний [37].

По определению, предложенному Consensus Development Panel On Impotence, National Institutes of Health (1993), эректильная дисфункция представляет собой неспособность достигать и (или) поддерживать эрекцию, достаточную для проведения полового акта, в половине и более числе случаев сохраняющуюся в течение 3-х и более месяцев [37].

Для облегчения диагностики и лечения эректильной дисфункции экспертами разработаны рекомендации – «Guidelines on erectile dysfunction» [45], «UK management guidelines for erectile dysfunction» [38]. Согласно этим рекомендациям, обследование при эректильной дисфункции начинают со сбора анамнеза (табл. 1), направленного на выявление предрасполагающих заболеваний (атеросклероз с различными его проявлениями, артериальную гипертензию, сахарный диабет, дислипидемию, почечную недостаточность, психические и неврологические заболевания, курение, алкоголизм и др.); оценку получаемой пациентом медикаментозной терапии; определение сексуальной функции (начало, выраженность и продолжительность сексуальных расстройств, связь их возникновения с определенной ситуацией или партнером, сохранность ночных и утренних эрекций; сохранность либидо; выявление расстройств эякуляции); оценку психологического статуса пациента (тревога, депрессия); наличие конфликта между партнерами.

Таблица 1. - Диагностическая ценность анамнестических данных у пациентов с эректильной дисфункцией.

Параметры	Диагностическая ценность
История развития ЭД	Уточняют скорость развития ЭД, ее продолжительность, особенности развития и течения, причины, стимулы, по мнению пациента необходимые для развития достаточной эрекции; используют опросники (анкеты).
Заболевания сердечно - сосудистой системы	Обращают внимание на наличие АГ, гиперлипидемии, СД, атеросклероза, заболеваний периферических сосудов, курение.
Нейрогенные расстройства	Обращают внимание на наличие СД, церебро-васкулярных заболеваниях, болезни Паркинсона, рассеянного склероза.
Эндокринные нарушения	Обследуют на предмет гипогонадизма, гиперпролактинемии, гипо- и гипертиреоза.
Заболевания полового члена	Болезнь Пейрони, приапизм
Травмы	Играют роль травмы промежности, таза или нейро-травмы, а также лучевая терапия на органах таза и брюшинного пространства.
Психогенные факторы	Расспрашивают пациента о стрессах, проблемах с близкими, аффективных расстройствах.
Применение различных лекарственных средств	Гипотензивные, антидепрессанты, теофиллин, H2-блокаторы гистамина, дигоксин и др.
Злоупотребление различными веществами	Алкоголь, табак, психотропные препараты, вещества, такие, как кокаин, опиаты, марихуана

В клинических исследованиях наиболее широко применяют Международный индекс эректильной функции (the International Index of Erectile Function- IIEF). Опросник IIEF переведен на 32 языка и использован более чем в 50 широкомасштабных многоцентровых клинических исследований. Следует отметить, что, по мнению некоторых авторов, опросник не позволяет выявить некоторые случаи васкулогенной эректильной дисфункции, диагностируемые с помощью доплерографии [39].

Опрос пациентов, обращающихся к врачу общей практики, показал, что 71% пациентов считают, что ЭД не воспринимается врачом как медицинская проблема,

68% пациентов боятся, что подобная тема для обсуждения может смутить врача, и, даже посещая врача-уролога, 44% пациентов не решаются спросить врача об ЭД ввиду сильного смущения [30].

Низкая обращаемость пациентов с эректильной дисфункцией на фоне недостаточного внимания врачей приводит к низкой выявляемости эректильной дисфункции в России. Достоверных данных о выявляемости эректильной дисфункции в России крайне мало. Практически отсутствуют данные об информированности врачей общей практики и врачей-специалистов (в частности сосудистых хирургов) о проблеме выявления и лечения эректильной дисфункции.

Лабораторное обследование включает определение уровня тестостерона и глюкозы крови; по показаниям определяют уровень липидов крови, пролактин, PSA. Также необходимо определение уровней ЛГ, ФСГ, тестостерона, эстрадиола, тиреотропного гормона, гликозилированного гемоглобина [26].

Следующим скрининговым исследованием может быть мониторинг ночных спонтанных эреций. Установлено, что у здоровых мужчин в течение ночи в фазу быстрого сна отмечается 4-6 эпизодов эреций, продолжительностью 10-15 минут. Общая продолжительность спонтанных эреций составляет 1,5 часа или 20% от времени сна. У мужчин с эректильной дисфункцией отмечается снижение качества и количества спонтанных эреций во время ночного сна. Этот факт позволил использовать мониторинг для дифференциальной диагностики органических и психогенных форм сексуальных нарушений. Зарегистрированный эпизод эрекции с ригидностью 60% продолжительностью более 10 мин позволяет говорить о функциональных расстройствах эрекции [32]. Считается, что мониторинг ночных спонтанных эреций позволяет количественно и качественно оценить эректильную функцию мужчин лучше, чем какой либо другой метод [6].

Возможность неинвазивной оценки функционального состояния артериального русла с помощью ультразвуковой доплерографии привлекает многих исследователей своей простотой и высокой информативностью, подтверждаемой результатом ангиографических исследований больных с окклюзионными и стенотическими поражениями магистральных артерий [27]. Ультразвуковая доплерография более 20 лет широко используется во всем мире для диагностики поражения периферических сосудов. В целях диагностики недостаточности кровоснабжения полового члена данный метод впервые был использован Abelson D. (1975). Все исследования выполняются в состоянии покоя полового члена. Результаты таких исследований не дают представления о картине, имеющей место при функциональном состоянии сосудов во время фазы возбуждения, хотя грубые поражения артериального русла, гемодинамические значимые в покое, могут быть зарегистрированы. Кроме того, состояние единичных артерий полового члена не характеризует общего состояния кровотока в кавернозных телах и может в значительной степени варьировать в покое за счет выраженной реактивности сосудистых структур генитального аппарата [7].

В настоящее время основным методом диагностики артериогенной ЭД является ультразвуковое исследование (УЗИ) полового члена с доплерографией, выполняемое на фоне фармакологически индуцированной эрекции – фармакодоплерография (ФДГ). Данный метод впервые предложен Lue и соавт. в 1985 году [15,31].

Появление интракавернозных инъекций произвело истинную революцию в изучении этой проблемы, так как методика позволила дать оценку почти всем гипотезам, объясняющим патогенез васкулогенной ЭД [8].

История открытия первых вазоактивных препаратов относится к 1848г., когда G.F.Merch выделил и описал алкалоид опиума, который был назван «папаверин», а в 1923г. Fleischner и Labog опубликовали свои фармакологические исследования по комбинированному применению папаверина и йохимбина в лечении ЭД. Первое сообщение о воздействии простгладина E1 на кавернозную ткань полового члена появилось в 1975г. (Karim, Adaiakan). В 1980г. французский хирург R.Virag обнаружил, что введенный интракавернозный папаверин способен вызвать эрекцию [43]. После проведения ультразвуковой доплерографии и оценки функциональных параметров кро-

вотока до выполнения фармакологической нагрузки, больным интракавернозно вводят дозы простагландина E1 или папаверина гидрохлорида в пределах от 2 до 20мкг и от 10 до 40 мг соответственно. Исследование проводят в фазу туменисценции и продолжают до достижения максимального кровотока. Нормальными результатами фармакодоплерографии считают: максимальную систолическую скорость кровотока более 25 см/сек; время роста максимальной систолической скорости кровотока менее 100 мсек. Результат максимальной систолической скорости кровотока в диапазоне от 25 до 35 см/сек, расценивают как сомнительный и считают нормальным при значениях показателя времени роста максимальной систолической скорости до 100 мсек.; внутренний диаметр кавернозной артерии более 0,7мм; конечную диастолическую скорость кровотока не более 5 см/сек, индекс резистентности от 0,8 до 1.

Результаты максимальной систолической скорости < 25 см/сек, увеличение времени роста систолы > 100 мсек. Значения показателей максимальной систолической скорости кровотока от 25 до 35 см/сек в сочетании с увеличенным временем прироста систолы > 100 мсек и изменением скорости менее чем на 50%, после выполнения фармакологической нагрузки, определяемых в фазу туменисценции, а так же уменьшение диаметра кавернозной артерии < 0,7 мм, свидетельствуют о нарушении кровотока по кавернозным артериям. Увеличение конечной диастолической скорости > 5 см/сек, определяемой в фазу эрекции, в сочетании с низким значением индекса сопротивления < 0,8 на фоне полуригидного состояния полового члена являются косвенными признаками нарушения вено-окклюзивного механизма. Общим недостатком всех перечисленных выше инструментальных методов является необходимость интракавернозного введения препарата, что нередко сопровождается болями в области инъекции и страхом больного перед уколom в половой член. Это может приводить к активации симпатической импульсации с последующим повышением тонуса кавернозных артерий, что снижает диагностическую ценность исследования [9].

Новой диагностической методикой является использование "Виагра" - теста в сочетании с визуальной стимуляцией на фоне эректильного мониторирования и оценки пенильной гемодинамики методом ультразвукового сканирования [10].

С 1998г., когда на фармацевтическом рынке появился первый ингибитор фосфодиэстеразы (ФДЭ) 5 типа – силденафила цитрата (Виагра) - во всем мире внезапно увеличилось количество мужчин с диагнозом ЭД: только в США этот прирост составил 250% [20]. Ознаменована новая эпоха в лечении ЭД. Препарат был синтезирован в 1994г., а в 1998г. Нобелевская премия по физиологии и медицине была присуждена американским ученым за открытие механизмов влияния оксида азота на сосудистую систему. Относительно недавно к нему «присоединились» варденафил (Левитра) и тадалафил (Сиалис). Все эти препараты обладают одинаковым механизмом действия [13].

К преимуществам теста относят неинвазивность и отсутствие угрозы приапизма; к недостаткам - необходимость визуальной стимуляции, что не позволяет стандартизировать метод, поскольку подбор стимулов должен быть индивидуальным.

По показаниям выполняются и другие исследования, а именно: кавернозометрия (определение объемной скорости нагнетаемого в кавернозные тела физиологического раствора, необходимой для возникновения эрекции) - основной тест, непосредственно оценивающий степень нарушения эластичности синусоидальной

системы и её замыкательной способности; кавернозография (демонстрирует венозные сосуды, по которым преимущественно происходит сброс крови из кавернозных тел); радиоизотопная фаллосцинтиграфия (позволяет оценить качественные и количественные показатели регионарной гемодинамики в кавернозных телах полового члена) [11].

Современные знания механизмов, происходящих в центральной нервной системе (ЦНС) и сопровождающих возникновение эрекции, весьма ограничены [9]. Большая их часть получена в экспериментах на животных и при изучении эректильного ответа на введение различных фармакологических препаратов, поэтому продолжается поиск новых методов функционального отображения ЦНС. В настоящее время доступны две подобные методики: функциональная магнитно – резонансная томография и позитронно – эмиссионная томография, которые в последнее время стали применять с целью определения областей ЦНС, вовлеченных в возникновение эрекции [35]. На сегодняшний день эти методы применяются только в условиях научных исследований, и дальнейшая работа в данном направлении приведет к лучшему пониманию центральных механизмов эрекции полового члена.

Для оценки автономной иннервации полового члена ведущим диагностическим тестом является электромиография (ЭМГ) полового члена. Тест основан на исчезновении периодической электрической активности кавернозной ткани, а ее сохранение свидетельствует о кавернозной дисфункции. Впервые метод был описан в 1988г. Gerstenberg и Wagner, и в настоящее время является единственным методом оценки вегетативной иннервации полового члена. В то же время, следует отметить, до настоящего времени не существует методик оценки парасимпатической иннервации. [9]

Для оценки состояния кавернозных тел полового члена проводят на любом сверхпроводящем томографе напряженностью более 1,5 Тесла в импульсной последовательности спино – эхо в трех ортогональных проекциях (аксиальной, фронтальной и сагиттальной). МРТ полового члена позволяет четко идентифицировать анатомические структуры полового члена и тазового дна и является достоверным неинвазивным методом диагностики патологических тканевых изменений, лежащих в основе ЭД. Важным симптомом является низкая интенсивность сигнала ножек кавернозных тел, что характеризует снижение кровотока в связи с фиброзно – склеротическими изменениями [10].

Метод неинвазивной оценки эндотелиальной функции плечевой и бедренной артерий был впервые описан Selgraber и соавт. в 1992 году [21]. В процессе исследования производят компрессию артерии с применением манжеты, давление в которой превышает систолическое, что ведёт к ишемии дистальной части конечности. Устранение сдавления приводит к развитию реактивной гиперемии, вызванной расширением мелких сосудов в ишемизированных тканях. Усиленный кровоток оказывает механическое воздействие на стенку артерии, что ведёт к активации ионных каналов эндотелиальных клеток и накоплению в них кальция [28]. Последний - активирует эндотелиальную NO-синтазу, что сопровождается выделением NO, оказывающего расслабляющее действие на сосудистую стенку [24]. Степень расширения сосуда после компрессии оценивается с применением УЗИ и отражает функциональное состояние его эндотелия, а, точнее, способность синтезировать и выделять NO [29]. Ценность теста подтверждается тем, что подобный механизм является основным в физиологических условиях [22].

Метод УЗИ посткомпрессионных изменений диаметра может быть применён с целью оценки состояния эндотелиальной функции и кавернозных артерий. Первым сообщением об использовании подобной методики явилась работа Virag. Автор обследовал 95 пациентов, 22 из которых составили контрольную группу. Всем пациентам проводили УЗИ диаметра кавернозных артерий в области основания полового члена до и после компрессии полового члена манжетой в течение 5 минут. Повторная оценка диаметра проводилась после прекращения сдавления на уровне проксимального края манжеты. Автор предложил показатель степени увеличения диаметра кавернозных артерий, равный 35%, для различения ЭД психогенного (>35%) и органического генеза (<35%). Чувствительность и специфичность данного показателя составили 100% и 92%, соответственно. Полученные результаты указали на важность нарушения функции эндотелия кавернозных артерий в патогенезе органической ЭД [42]. В то же время выявлена закономерность, свидетельствующая о том, что у всех обследованных пациентов с артериогенной ЭД имеют признаки эндотелиальной дисфункции на плечевых артериях, показывает, что наличие у мужчины артериогенной ЭД с высокой вероятностью свидетельствует о присутствии у него системной эндотелиальной дисфункции. Кроме того, учитывая важность роли системной эндотелиальной дисфункции в патогенезе атеросклеротического поражения коронарных и других крупных артерий, полученные данные могут являться объяснением повышения риска развития различных форм ишемической болезни сердца у больных ЭД [41].

Таким образом, пациенты с ЭД нуждаются в комплексном обследовании с целью выяснения патогенеза заболевания. Среди специфических методов обследования наиболее информативными являются методики оценки артериального кровоснабжения кавернозных тел, при этом неинвазивное исследование эндотелиальной функции имеет ряд преимуществ перед аналогами. Выполнение подобного обследования после приема препаратов из группы ингибиторов ФДЭ-5 позволяет прогнозировать их клиническую значимость.

Литература:

1. Азарян А.С. Отдаленные результаты хирургического лечения и качество жизни больных, оперированных по поводу синдрома Лериша. Дисс. канд. мед.наук. Москва 2003г.
2. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г., Бузиашвили Ю.И., Спиридонов А.А., Тер-Акопян А.В., Харпунов В.Ф., Шумилина М.В. Эндоваскулярные методы лечения больных мультифокальным атеросклерозом. //Анналы хирургии. -2002; №1: -С.11-17.
3. Бурлева Е.П. Значение клинико-эпидемиологического и экономического анализа для организации помощи пациентам с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия. 2002; 8; 4; -С.15-19.
4. Буров Ю. А. Варианты артериальной эректильной импотенции у больных с облитерирующими поражениями аорты и подвздошных артерий. Автореф.дисс.канд. мед. наук. Саратов,1989.
5. Емельянов Э.К. Артериальная эректильная импотенция. Дис. ...д-ра мед. наук Куйбышев, 1983
6. Королева СВ., Аполихин О.И., Ковалев В.А. Эффективность и безопасность применения Сиалиса при эректильной дисфункции. // Урология, М.: Медицина. - 2003.- №6.- С. 1-5.,
7. Кротовский Г.С. Лечение сосудистой импотенции. - М.Д-1998.

8. Кротовский Г.С., Зудин А.М. Виагра - 5 лет успеха. - М. -2003. -189 с.
9. Мазо Е.Б., Гамидов С.И., Иремашвили В.В. Эректильная дисфункция. М.:Издательство «МИА».-2008.-С.236.
10. Мазо Е.Б., Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Иремашвили В.В.. Новые аспекты патогенеза, профилактики и лечения эректильной дисфункции у больных после радикальной простатэктомии. // CONSILIUM-MEDICUM.- 2004.- Т. 6.- №7. С 506-509
11. Николаев А.Н. Лозартан уменьшает половую дисфункцию при гипертонии. // Русский медицинский журнал.- 2001.- Т. 9.- № 1314. - С. 590-592.
12. Покровский А.В., Клиническая ангиология: Руководство для врачей: В 2 т.: Т 2. М., Медицина. 2004
13. Пушкарь Д.Ю., Верткин А.Л. Эректильная дисфункция: кардиологические аспекты. М.:» МЕДпресс-информ»-2005.-С.143.
14. Спиридонов А.А., Фитилева Е.Б., Аракелян В.С. Пути снижения летальности при хирургическом лечении хронической ишемии нижних конечностей. Анналы хирургии 1996;1: -С.62-66.
15. Танаго Э., Маканинча ДЖ. Урология по Дональду Смуту, перевод с англ. под ред. к.м.н. Нечушкиной В.М., М, Практика, 2005.С.763-779.
16. Ташенов Д.К. Поздние тромбозы и стенозы после аорто-бедренных реконструкций (диагностика и хирургическое лечение). Дисс. канд. мед. наук. Москва 1989.
17. Учкин И.Г. Комплексное лечение васкулогенной импотенции. Дис. Д.м.н., Москва, 1999.
18. Bahren W., Gall H., Scherb W., et al. Arterial anatomy and arteriographic diagnosis of arteriogenic impotence. Cardiovasc Intervent Radiol 1988; 11; P.195-210.
19. Benson C.B., Aruny J.W., Vickers M.A. Correlation of duplex sonography with arteriography in patients with erectile dysfunction AJR Am J Roentgenol 1993; 160: P.65-69.
20. Carson C.C. Erectile dysfunction in the 21-st century: whom we can treat, whom we cannot treat and patient education // Int. J. Impot. Res. 2002; Vol. 14: Suppl. 1. P. 29-34.
21. Celermajer D.S., Sorensen K.E., Cooch V.M. et al. Non – invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis. Lancet 1992; Vol. 340: P. 349-356.
22. Coore J.P., Rossich E., Andon. Et al. Flow activates an endothelium potassium channel to release an endogenous nitrovasodilator. J Clin Invest 1991; Vol.88: P.1663-1667.
23. De Palma R.G., Levine S.T., Feldman S. Preservation of erectile function after aortoiliac reconstruction. Arch Surg 1978; 113: P.958 – 962
24. Dimmeler S., Fleming I., Fisslthaler B. et al. Activation nitric oxide synthase in endothelial cells by Akt-dependent phosphorylation. Nature 1999; Vol.399: P.601-605.
25. Eckford C. Brit.Anat. 1963; Bh. 3. N2: P.123.
26. Jardin A., Wagner G., Khouru S. et al. Recommendations of the 1-st International Consultation on Erectile Dysfunction. Oxford: Health Publications Ltd; 2000.
27. Jevich M.J. J.Urology (Baltimore) 1980; Vol. 124: P.820.
28. Joannides R., Haefeli W.E., Linder L. et al. Nitric oxide is responsible for flow – dependent dilation of human peripheral conduit arteries in vivo. Circulation 1995; 91: P.1314-1319.
29. Leeson P., Thorne S., Donald A. et al. Non-invasive measurement of endothelial function: effect on brachial artery dilatation of graded endothelial dependent and independent stimuli. Heart 1997; 78: P. 22-27.
30. Leiblum S.R., Baume R.M., Croog S.H. The sexual functioning of elderly hypertensive women. // J. Sex Marital. Ther. - 1994. - Vol. 20. - P. 250 - 270.
31. Lue T, Giuliano F, Khoury S, et al. Clinical manual of sexual medicine. Sexual dysfunctions in men. Paris 2003, P. 64.
32. Meuleman E., Diemont W.L. Investigation erectile dysfunction. Diagnostic testing for vascular factors in erectile dysfunction. // Urol. Clin. N. Am. 1995. Vol. 22, №4. P. 803-819.
33. Michal V., Simana J., Renak et al. Physiol. Bohemoslov 1983; Vol. 32: P.497-498.
34. Nehler M.R., Wolford h.: Natural history and non-operative treatment of chronic lower ischemia // in book Vascular Surgery- ed. R.Rutherford.- Elsevier Saunders. 2005- vol.1-p. 1083-1094
35. Nehra A., Moreland R.B. Neurologic erectile dysfunction. Urol Clin Nort Am 2001; 28: 289-308.
36. Newman H.F., Northup J.D. J.Urology 1981; Vol. 71: P.399-408.
37. NIH Consensus development panel on impotence: NIH Consensus conference // Impotence.J.A.M.A. - 1993. - 270:83.
38. Ralph D., McNicholas T. UK management guidelines for erectile dysfunction// Br. Med. J. 2000. Vol. 321.№19. P. 499-503.
39. Rosen M.P., Greenfield A.J., Walker T.G., et al. Arteriogenic impotence: Findings in 195 impotent men examined with selective internal pudendal angiography. Yong Investigators Award. Radiology 1990; 174: 1043-1048
40. Rosen R.C., Riley A., Wagner G et a 1. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997; 49(6): P.822-830
41. Seftel A. Subclinical coronary artery atherosclerosis in patients with erectile dysfunction. J Urol 2006; 175: P. 1824.
42. Virag R. Flow- dependent dilatation of the cavernous artery. A potential test of penile NO content. J Mal Vasc 2002; 27: P. 214-217.
43. Virag R. Syndrome erection instable par insufficance veineuse/ Diagnostic et correction //J. molek. Asc.-1981.-№129.
44. Virag R., Fridman D., Legman M. et al. Angiologie 1984; Vol.35: P.79.
45. Wespes E., Amar E., Hatzichritou D. et al. Guidelines on erectile dysfunction // Eur. Urol. 2002. Vol.41, №1. P 1-5.

УДК 616.8-009.186-089+616.69-008.14

СОСТОЯНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ И ОТКРЫТЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕРИША

Н.И. Кидирбаев, В.С. Аракелян, М.В. Шумилина

Национальный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, РАМН, Москва

Ключевые слова: эректильная дисфункция, международный индекс эректильной функции (МИЭФ), эндотелий зависимая вазодилатация (ЭЗВД).

Резюме

Целью исследования является изучение эректильной функции у пациентов с синдромом Лериша и ее изменение в ближайшие и отдаленные сроки после реконструктивных и эндоваккулярных операций на аортобедренном сегменте.

Состояние эректильной функции оценивали с помощью международного индекса эректильной функции (МИЭФ) в зависимости от характера и уровня поражения общей и внутренней подвздошной артерии. Было исследовано эндотелий зависимая вазодилатация (ЭЗВД) плечевой и кавернозных артерий.

Полученные результаты указывают на прогрессирование эректильной дисфункции независимо от характера и степени поражения общих и внутренних подвздошных артерий.

Тұжырым

ЛЕРИШ СИНДРОМЫНДА РЕКОНСТРУКТИВТІ ЖӘНЕ ЭНДОВАСКУЛЯР ОТАДЫН КЕЙІНГІ ЖЫНЫСТЫҚ ҚАБІЛЕТ

Зерттеудің мақсаты Лериш синдромында реконструктивті және эндоваккуляр отадын кейінгі жақын және алыс арадығы жыныстық қабілет. Жыныстық қабілетті халықаралық эректильді функцияның индексі (ХЭФИ) сұраушасы комегімен сырқы және ішкі мықын тамырының жарақатымен есептелді. Каверноз және ық артериаларының эндотелий байланысты вазодилатациясы зерттелді. Зерттеуде жыныстық әлсіздіктің сырқы және ішкі мықын тамырының жарақатымен байланысы жоқ екені анықталды.

Summary

CONDITION ERECTILE FUNCTIONS AT PATIENTS AFTER ENDOVASCULAR AND OPEN OPERATIVE INTERVENTIONS AT A SYNDROME OF LERISHA

Research objective is studying erectile functions at patients with a syndrome of Lerisha and its change in the nearest and remote terms after reconstructive and endovascular operations on syndrome of Lerisha.

Condition erectile functions estimated by means of the international index erectile functions (IIEF) depending on character and level of defeat of the general and internal iliac arteries. It has been investigated endotelian dependent vasodilatation humeral and kavernosis arteries.

The received results specify in progressing erectile dysfunctions irrespective of character and degree of defeat of the general and internal iliac arteries.

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей составляют 20% всех видов сердечно-сосудистой патологии, из них почти в 7% случаях у пациентов пожилого возраста диагностируется синдром Лериша [1]. При этом основным методом лечения остается оперативное вмешательство [6]. Наряду с открытыми операциями в последние годы большой интерес представляют малотравматичные эндоваккулярные методы лечения [2,12]. Несмотря на высокую эффективность оперативного лечения (70-80%) по сохранению нижних конечностей, в отдаленном периоде наблюдении в 48-54% случаях развивается эректильная дисфункция [4].

Диагностическая оценка состояния пациентов с артериогенной эректильной дисфункцией до начала 1980-х годов была ограничена лишь методами объективного обследования, определением психосексуального статуса, исследованием ночного набухания полового члена и измерением пениально-брахиального индекса [3,11].

В начале XXI века в механизме развития эректильной дисфункции появились теории объясняющие, что в основе васкулогенной ЭД лежит системное поражение сосудов – расстройство механизма дилатации артерий, связанное с недостаточной выработкой эндо-

телием оксида азота и со сниженной чувствительностью к нему гладкой мускулатуры артерий [8,9,10]. Данная патология диагностировалась неинвазивным методом на основании посткомпрессионного изменения диаметра артерии. [5,13,14].

Целью нашей работы явилось - изучение эректильной функции пациентов с синдромом Лериша в свете ее изменений в ближайшие и отдаленные сроки после реконструктивных и эндоваккулярных операций на аортобедренном сегменте.

Материал и методы

Изучены результаты у 63 пациентов с синдромом Лериша, которые находились на обследовании и лечении в НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН с января 2000 года по декабрь 2009 года. Основным этиологическим фактором поражения явился атеросклероз (в 100% случаев). Средний возраст пациентов – 59,4±8,6 лет. Средний срок наблюдения – 42,1±12,8 мес. Средний срок длительности эректильной дисфункции - 57,6±18,2 мес.

Всем пациентам кроме стандартных методов обследования (сбор анамнеза, физикальный осмотр, лабораторные исследования и различные методы визуализаций аорты и её ветвей) также проводили исследование эндотелий независимой вазодилатации

(ЭЗВД) плечевой и кавернозных артерий на ультразвуковом аппарате «Philips SD 800».

Состояние эректильной функции оценивали с помощью международного индекса эректильной функции (МИЭФ) в зависимости от характера и уровня поражения общей (ОПА) и внутренней подвздошной артерии (ВПА).

В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на 2 клинические группы. 1 группу составили 45 пациентов перенесших открытое оперативное вмешательство. Во 2 группу вошли 18 пациентов, которым проводилось эндоваскулярные методы лечения.

Результаты и обсуждение

В нашем исследовании в 1 группе у 32 пациентов, во 2 группе у 14 состояние эректильной функции изучены до операции.

По результатам МИЭФ в 1 группе в диагностическом этапе 6 (18,75%) больных не предъявляли жалобы на расстройство половой функции. При этом у всех пациентов при различных характерах поражения ОПА интактная ВПА. Легкая степень ЭД выявлена у 7 (21,87%) пациентов, среди этих пациентов у 6 (18,75%) диагно-

стирован двухсторонний стеноз ОПА и отсутствие поражения ВПА, а у 1(3,12%) пациента односторонняя окклюзия ВПА без поражения ОПА. У 7(21,87%) пациентов выявлена средняя степень ЭД, из них у 6 (18,75%) различного характера поражения ОПА, поражение ВПА не выявлено, а у 1(3,12%) диагностирована односторонняя окклюзия. Тяжелой степенью ЭД страдают 12 (37,5%) пациентов. При этом тяжелая степень ЭД не выявлена у пациентов с интактной ОПА. У пациентов при интактной ВПА в сочетании с одно- и двухсторонним поражением ОПА у 5 (15,62%) диагностирована тяжелая степень ЭД, а у 7 (21,87%) пациентов комбинированное поражение ОПА и ВПА.

При анализе дооперационного состояния эректильной функции в зависимости от возраста нами выявлено, что чем меньше возраст пациентов, тем больше у них была сохранена эректильная функция. Также с увеличением возраста пациентов чаще нами диагностирована средняя и тяжелая степень ЭД. В результате корреляционного анализа найдена прямая умеренная зависимость между состоянием ЭД и возрастом пациентов ($r=0,36$; $p<0,05$) (рис.1).

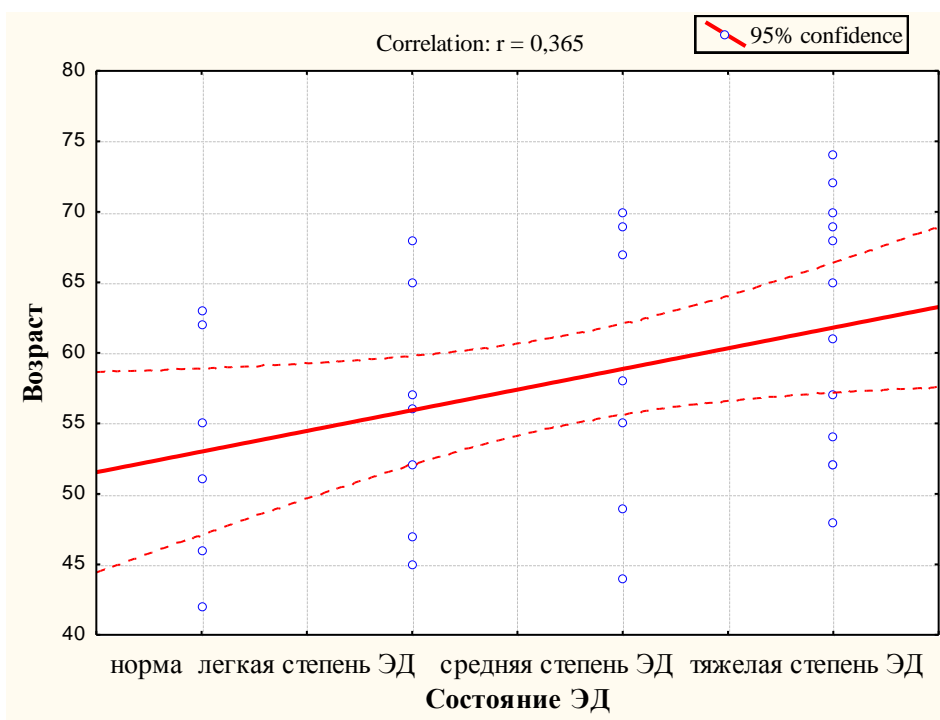


Рисунок 1. Зависимость между возрастом и состоянием ЭД в 1 группе.

При анализе степени эректильной дисфункции и показателей ЭЗВД плечевой артерии корреляционной связи между ними обнаружено не было ($r=-0,012$; $p=0,681$), в то же время найдена обратная сильная зависимость между степенью ЭД и ЭЗВД кавернозных артерий ($r=-0,91$; $p<0,001$) (рис.2)

Во 2 группе пациентов у 4 (28,57%) был односторонний стеноз и у 10 (71,42%) пациентов двухсторонний стеноз, поражения ВПА не было. Нормальная эректильная функция у 2 (14,28%) пациентов с односторонним поражением ОПА. При двухстороннем

стенозе ОПА одинаковое число пациентов с легкой и средней тяжестью ЭД - по 3 (21,42%) пациентов. Тяжелая степень ЭД диагностирована у 5 (35,71%) пациентов, у 4 (28,57%) из них выявлен двухсторонний стеноз ОПА и у 1 (7,14%) односторонний стеноз ОПА.

Пациенты со средней и тяжелой степенью ЭД в обеих возрастных подгруппах составляли больше половины, также в этой группе между возрастом и состоянием ЭД нами обнаружена умеренная прямая зависимость ($r=0,49$; $p=0,054$) (рис. 3).

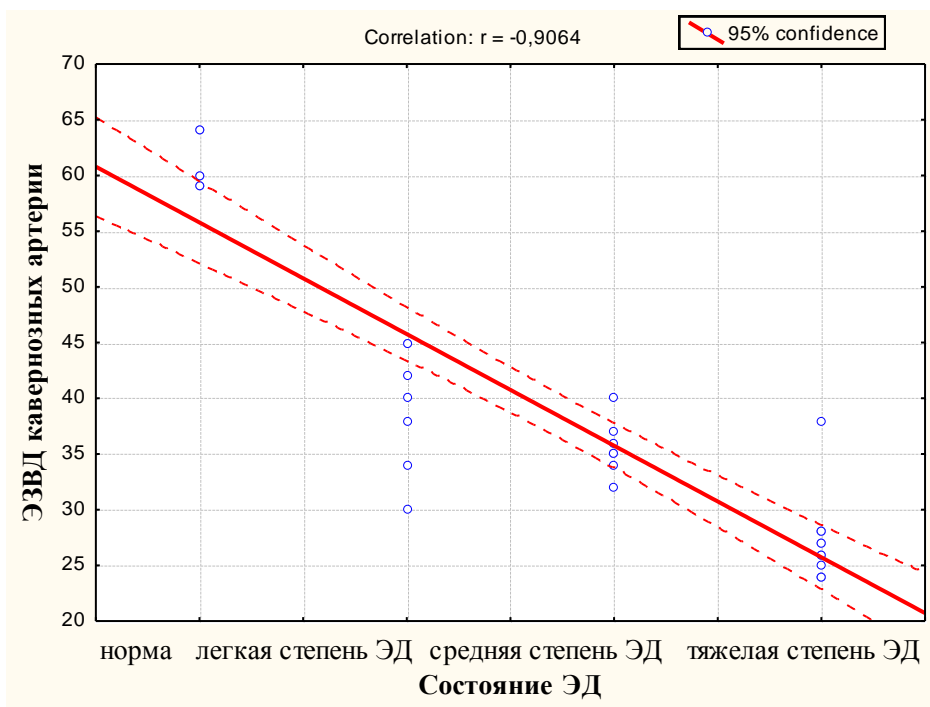


Рисунок 2. Зависимость между ЭЗВД кавернозных артерий и состоянием ЭД в 1 группе.

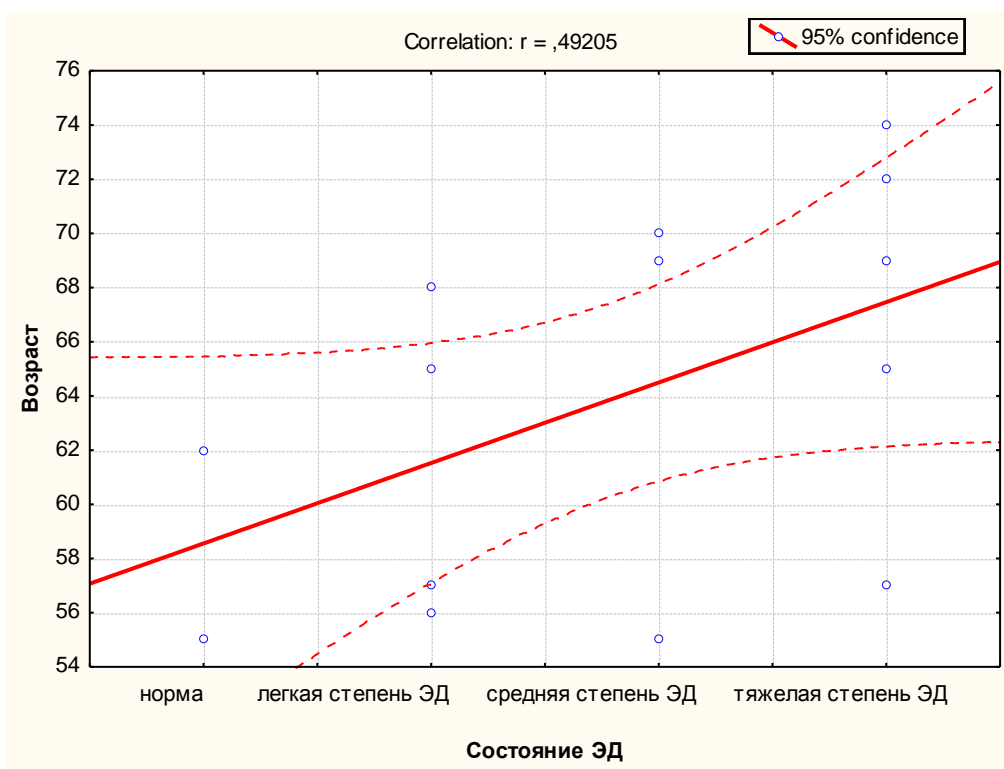


Рисунок 3. Зависимость между возрастом и состоянием ЭД во 2 группе.

Между показателями ЭЗВД плечевой артерии и состоянием эректильной функции нами не обнаружено также корреляционной связи ($r = -0,014$; $p = 0,674$), найдена обратная сильная зависимость между степе-

ню ЭД и ЭЗВД кавернозных артерий ($r = -0,95$; $p < 0,001$). С утяжелением степени ЭД снижается способность к вазодилатации в кавернозных артериях, что представлено на рисунке 4.

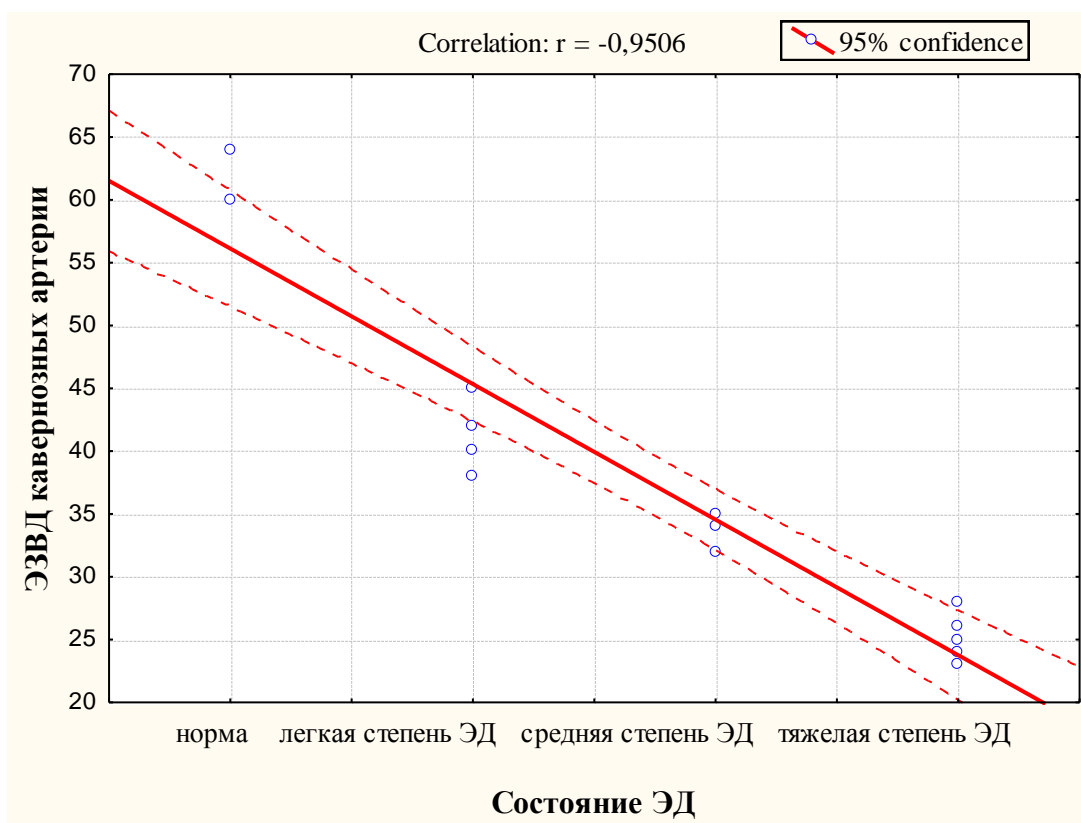


Рисунок 4. Зависимость между ЭЗВД кавернозных артерий и состоянием ЭД в 2 группе.

Сравнительный анализ эректильной функции в ближайшие сроки после реконструктивных и эндоваскулярных операций.

В 1 группе ухудшение эректильной функции в ближайшие сроки после операции выявлено у 15 (46,87%) пациентов, при этом зависимости от характера поражения общей и внутренней подвздошной артерии не выявлено. Улучшение ЭФ было характерно для 4 (12,5%) пациентов с непораженными внутренними подвздошными артериями. У 13 (40,62%) пациентов изменения ЭФ в ближайшие сроки после операции не произошло.

При анализе послеоперационной степени эректильной дисфункции (табл. 1) нормальная эректильная функция 3 (9,37%) и легкая степень ЭД 4 (12,5%) были

выявлены у пациентов с различным характером поражения ОПА непораженными ВПА. Средняя степень ЭД 7 (21,8%) выявлена у пациентов с односторонним поражением ВПА и у пациентов без поражения ВПА, но с двухсторонним стенозом ОПА. У пациентов без поражения ОПА с непораженным либо односторонним поражением ВПА не выявлена тяжелая степень ЭД. При этом тяжелая степень ЭД 18 (56,2%) в ближайшие сроки после операции диагностирована у пациентов с одно- либо двухсторонним поражением ОПА с различным характером поражения ВПА.

При сравнении динамики эректильной функции в зависимости от характера выполненной операции не было различий ($p > 0,05$) (табл.2).

Таблица 1. - Степень эректильной дисфункции (ЭД) в послеоперационном периоде в зависимости от уровня и характера поражения ОПА и ВПА в 1 группе.

Характер поражения ОПА n=32 (100%)	Характер поражения ВПА	Нормальная ЭФ	Степень ЭД		
		Норма	Легкая	Средняя	Тяжелая
Без поражения 4(12,5%)	Без поражения 3 (9,37%)	1 (3,1%)	1(3,1%)	1 (3,1%)	-
	Односторонняя окклюзия 1 (3,12%)	-	-	1 (3,12%)	-
Односторонняя окклюзия 6(18,75%)	Без поражения 4(12,5%)	1 (3,12%)	1 (3,12%)	1(3,12%)	1 (3,12%)
	Односторонний стеноз 2 (6,25%)	-	-	1 (3,12%)	1 (3,12%)
Двухсторонний стеноз 22(68,75%)	Без поражения 16(50%)	1(3,12%)	2 (6,25%)	3 (9,37%)	10 (31,25%)
	Односторонняя окклюзия 3(9,37%)	-	-	-	3 (9,37%)
	2х - сторонняя окклюзия 3(9,37%)	-	-	-	3 (9,37%)
Всего n=32 (100%)		3 (9,37%)	4(12,5%)	7(21,8%)	18(56,2%)

Таблица 2. - Динамика эректильной функции в зависимости от характера операции.

Характер операции	Ухудшение	Улучшение	Без изменений
Аорта-бедренное бифуркационное протезирование (АББП), n=9 (28,12%)	4 (44,4%)	-	5 (55,5%)
Аорта-бедренное бифуркационное шунтирование (АББШ), n=23 (71,88%)	11 (48,26%)	3 (13,04%)	9 (39,13%)

($p > 0,05$) статистически значимые различия между характерами операции

У пациентов, которым был применен эксплантат размером 18x9x9, показатели ухудшения эректильной функции значительно ниже, чем у пациентов, которым

были применены эксплантаты других размеров, при этом у 4(28,75%) пациентов из этой подгруппы было улучшение ЭФ ($p=0,0487$) (таб.3).

Таблица 3. Динамика изменений эректильной функции в зависимости от размера примененного эксплантата

Размер эксплантата (мм)	Ухудшение	Улучшение	Без изменений
16x8x8, n=12	7 (58,33%)	-	5 (41,66%)
18x9x9, n=14	5 (35,71%)	4 (28,57%)*	5 (35,71%)
20x9x9, n=6	3 (50%)	-	3 (50%)

$p=0,0487$ статистически значимые различия между протезами

Мы сравнили влияние оперативного доступа на эректильную функцию. При этом ухудшение эректильной функции у пациентов, у которых операционный доступ был забрюшинный, в послеоперационном периоде более высокое соотношение, чем при лапаротомном доступе ($p=0,039$). Улучшение эректильной

функции было замечено в одинаковом процентном соотношении между видами доступа (табл.4). У 1/3 пациентов, операционным доступом которых был забрюшинный, изменений ЭФ не отмечено, а при лапаротомном доступе это достигает 45%.

Таблица 4. Динамика эректильной функции в зависимости от оперативного доступа.

Хирургические доступы	Ухудшение	Улучшение	Без изменений
Лапаротомный доступ, n=22	9 (40,9%)	3 (13%)	10 (45,4%)
Забрюшинный доступ, n=10	6 (60%)*	1(10%)	3(30%)

$p=0,039$ статистически значимые различия между доступами

Как в отечественной, так и в иностранной литературе слабо освещен вопрос о влиянии поясничной симпатэктомии на эректильную функцию. По мнению R.Simpson (1950), удаление II –IV поясничных ганглиев не влияет на эрекцию и эякуляцию, в то же время А.В. Бондарчук (1963), S.Quaylie (1980) у 24-39% оперированных наблюдали ослабление эрекции и у 15-26% - потерю эякуляции [7].

В нашем исследовании реконструктивные операции в 10(31,25%) случаях сочетались с поясничной симпатэктомией, которая отрицательно влияла на динамику эректильной функции (табл.5), ухудшение наступало значительно чаще ($p=0,042$), и не было ни одного случая с улучшением ЭФ.

Таблица 5. Динамика эректильной функции после аортобедренной реконструктивной операции в сочетании с поясничной симпатэктомией

Сочетание операции	Ухудшение	Улучшение	Без изменений
Без симпатэктомии, n=22	8 (36,6%)	4 (18,8%)	10 (45,5%)
С симпатэктомией n=10	7 (70%)*	-	3 (30%)

* $p=0,042$ статистически значимые различия между подгруппами

В группе пациентов после эндоваскулярных операций в ближайшие сроки после операции ухудшение эректильной функции было у 1 (7,14%) пациента, которому были произведены ТЛБАП и стентирование общей

наружной подвздошной артерии. При этом у данного пациента при легкой степени ЭД до операции она ухудшилась до средней степени (табл. 6).

Таблица 6. Степень эректильной дисфункции в послеоперационном периоде в зависимости от уровня и характера поражения ОПА и ВПА во 2 группе

Характер поражения ОПА	Характер поражения ВПА	норма	Степень ЭД после операции		
			легкая	средняя	тяжелая
Односторонний стеноз 4(28,57%)	Без поражения	2 (14,28%)	1 (7,14%)		1 (7,14%)
Двухсторонний стеноз 10(71,42%)	Без поражения		2 (14,28%)	4 (28,57%)	4 (28,57%)
Всего n=14(100%)		2 (14,28%)	3 (21,42%)	4 (28,57%)	5 (35,71%)

При сравнении динамики эректильной дисфункции в послеоперационном периоде у пациентов после реконструктивных и эндоваскулярных операций тяжелая степень ЭД была отмечена у большей половины пациентов 1 группы, а во 2 группе пациенты с нормальной ЭрФ и легкой степенью ЭД составляли 1/3 пациентов этой

группы против 1/5 пациентов 1 группы (табл. 3.10). Следуя этому, мы пришли к выводу, что благоприятные результаты влияния оперативного лечения на эректильную функцию были лучше в группе пациентов с эндоваскулярным методом лечения синдрома Лериша (рис. 5).

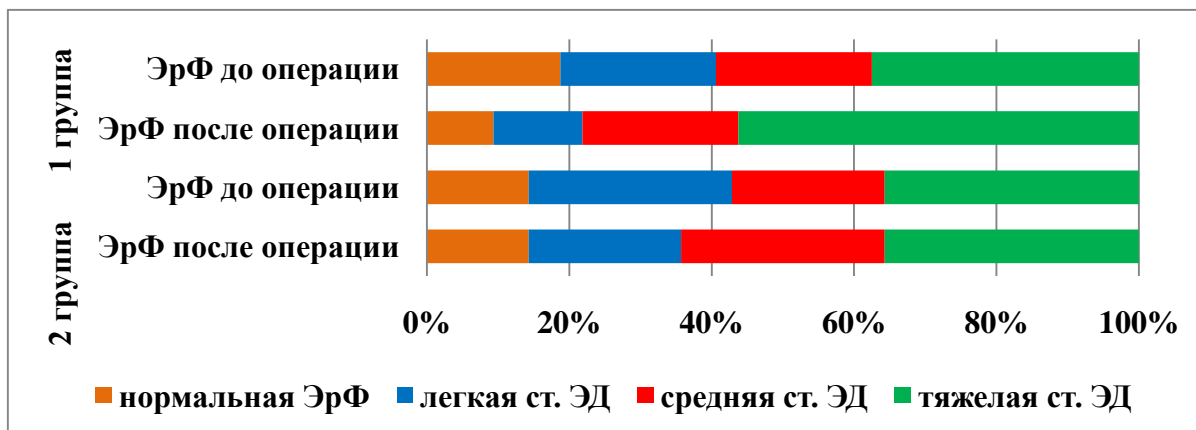


Рисунок 5. Динамика изменений эректильной функции после реконструктивных и эндоваскулярных операций

Эректильная функция в отдаленном периоде после реконструктивных операций. В отдаленные сроки эректильная функция у больных прогрессивно ухудшается (табл. 7). Увеличивается число больных с тяжелой степенью ЭД по сравнению с послеоперационным со-

стоянием ЭД и в отдаленные сроки ($p=0,0471$). При этом тенденция к ухудшению наблюдается независимо от характера и степени поражения общей и внутренней подвздошной артерии.

Таблица 7. - Сравнение эректильной функции в послеоперационном периоде и в отдаленные сроки в зависимости от уровня и характера поражения ОПА и ВПА в 1 группе.

Характер поражения ОПА	Характер поражения ВПА	Состояние ЭФ после (n=32)				Состояние ЭФ в отдаленные сроки (n=45)			
		Норм	Степень ЭД			Норм.	Степень ЭД		
			легк	средн	тяжел		легк	сред	тяж
Без поражения	Без поражения	1 (3,12%)	1 (3,12%)	1 (3,12%)	-	1 (2,22%)	1 (2,22%)	-	1 (2,22%)
	Односторон. окклюзия	-	-	1 (3,12%)	-	-	1 (2,22%)	1 (2,22%)	2 (4,44%)
Односторон. окклюзия	Без поражения	1 (3,12%)	1 (3,12%)	1 (3,12%)	1 (3,12%)	-	1 (2,22%)	1 (2,22%)	4 (4,44%)
	Односторон. стеноз	-	-	1 (3,12%)	1 (3,12%)	-	-	-	3 (6,66%)
Двухсторон. стеноз	Без поражения	1 (3,12%)	2 (6,25%)	3 (9,37%)	10 (31,25%)	1 (2,22%)	1 (2,22%)	5 (11,1%)	12 (26,6%)
	Односторон. окклюзия	-	-	-	3 (9,37%)	-	-	1 (2,22%)	4 (8,88%)
	Двухсторон. окклюзия	-	-	-	3 (9,37%)	-	-	1 (2,22%)	5 (11,11%)
Всего		3 (9,37%)	4 (12,5%)	7 (21,87%)	18 (56,2%)	2 (4,44%)	3 (6,6%)	9 (20%)	31 (68,8%)*

* $p < 0,05$ статистически значимые различия по сравнению с 1 группой

При сравнении показателей зависимости между ЭЗВД кавернозных артерий и состоянием эректильной функции

до операции и в отдаленные сроки в показателях ЭЗВД от тяжести ЭД различия нами не найдено (рис. 6,7).

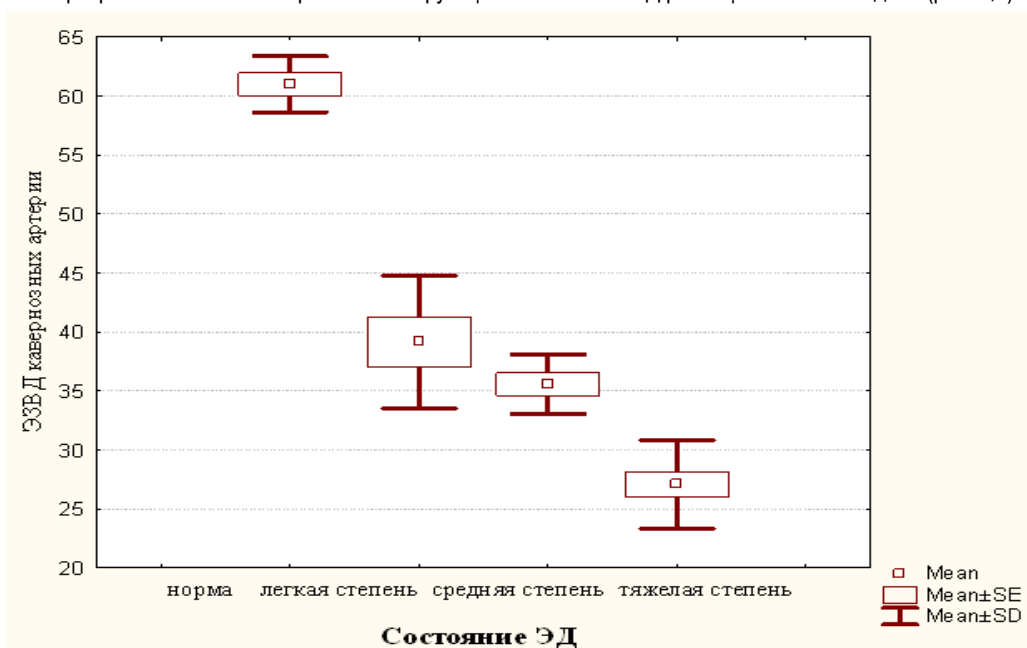
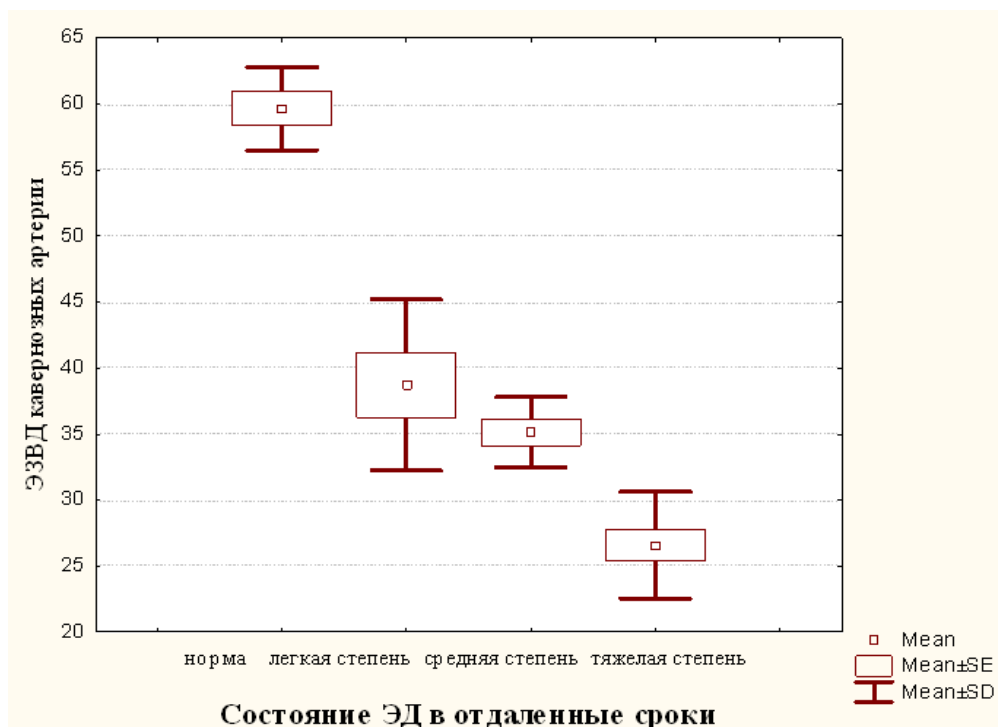


Рисунок 6. Показатели ЭЗВД кавернозных артерий от степени ЭФ до операции



Состояние ЭД в отдаленные сроки

Рисунок 7. Показатели ЭЗВД кавернозных артерий в зависимости от состояния ЭФ в отдаленные сроки

Нами также произведен анализ взаимосвязей морфологических и функциональных показателей сосудистой реактивности с факторами риска, который показывает, что имеется зависимость толщины сосудистого комплекса с возрастом пациентов ($r=0,42$; $p<0,001$) и длительностью заболевания ($r=0,35$; $p<0,005$).

Эректильная функция в отдаленном периоде после эндоваскулярных операций.

В отдаленном периоде изучены результаты 18 эндоваскулярных операций.

При анализе у больных имеется тенденция к прогрессированию ЭД независимо от характера и уровня поражения ОПА и ВПА (табл.8). При этом резко увеличивается число пациентов с тяжелой формой ЭД ($p=0,0336$).

Таблица 8. - Сравнение степени эректильной функции в послеоперационном периоде и в отдаленные сроки в зависимости от уровня и характера поражения ОПА и ВПА во 2 группе.

Характер поражения ОПА	Характер поражения ВПА	Состояние ЭФ после операции (n=14)				Состояние ЭФ в отдаленные сроки (n=18)			
		Степень ЭД				Степень ЭД			
		норм	легк	средн	тяжел	норм	легк	средн	тяж
Односторон. стеноз	Без поражения	2(14,28%)	1(7,14%)	-	1(7,14%)	1(5,55%)	1(5,55%)	4(22,22%)	
Двухсторон. стеноз	Без поражения	-	2(14,3%)	4(28,6%)	4(28,6%)	2(11,1%)	3(16,66%)	6(3,3%)	
Всего		2(14,28%)	3(21,42%)	4(28,57%)	5(35,71%)	1(5,55%)	2(11,1%)	4(22,2%)	11(61,1%)*

* - статистически достоверный

Снижение способности сосудов к вазодилатации в отдаленные сроки прогрессирует, тем самым увеличивается число пациентов с низкими показателями ЭЗВД плечевой артерии ($p=0,42$).

Выводы:

1. Частота и степень эректильной дисфункции у пациентов с синдромом Лериша имеет прямую корреляционную связь с уровнем и характером поражения аортоподвздошно-бедренного сегмента, и состоянием региональной (кавернозной) эндотелиальной дисфункции ($r=-0,91$; $p<0,001$).

2. Показателям $41,32\pm 5,0\%$ ($39,41\pm 3,9\%$) ЭЗВД кавернозных артерий соответствует легкая степень, $34,31\pm 4,3\%$ ($32,07\pm 3,8$) - средняя степень и при $26,17\pm 7,1\%$ ($25,71\pm 3,6$) - тяжелая степень ЭД (через 30 и 60 сек после декомпрессии).

3. Оперативное лечение синдрома Лериша приводит к прогрессированию эректильной дисфункции в ближайшие сроки после операции. Фактором влияния на эректильную функцию при реконструктивных операциях является: операционный доступ ($p<0,05$), размер протеза ($p=0,0487$) и сочетание операции поясничной

симпатэктомии ($p<0,05$). Эндоваскулярные методы лечения синдрома Лериша не имеют подобного негативного влияния на прогрессирование эректильной дисфункции.

4. В отдаленном послеоперационном периоде независимо от характера и степени поражения общей и внутренней подвздошной артерии эректильная дисфункция прогрессирует, увеличивается число пациентов с тяжелой степенью ЭД ($p=0,0471$).

Литература:

1. Бокерия, Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия – 2004 / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова.- М.: Изд. НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2005.
 2. Бокерия, Л.А. Эндоваскулярные методы лечения больных мультифокальным атеросклерозом /Л.А. Бокерия, Б.Г. Алякян, Ю.И. Бузиашвили // Анналы хир. -2002. - №1. - С.11-17.
 3. Королева, С.В. Эффективность и безопасность применения Сиалиса при эректильной дисфункции / С.В. Королева, О.И. Аполихин, В.А. Ковалев // Урология.- М.: Медицина. - 2003.- №6.- С. 1-5.

4. Кротовский, Г.С. Виагра - 5 лет успеха /Г.С. Кротовский, А.М.Зудин.-М. 2003. -189 с.
5. Мазо, Е.Б. Эректильная дисфункция /Е.Б. Мазо, С.И. Гамидов, В.В. Иремашвили. - М.:Издательство «МИА».-2008.-С.236.
6. Спиридонов, А.А. Пути снижения летальности при хирургическом лечении хронической ишемии нижних конечностей/А.А. Спиридонов, Е.Б. Фитилева, В.С. Аракелян // Анналы хир. -1996. - №1. - С .62-66.
7. Учкин И.Г. Комплексное лечение васкулогенной импотенции / И.Г. Учкин // Андрология и генитальная хирургия.-2001.№3.-С.16-18.
8. Beyer-Westendorf, J. Nitric oxide and endothelin after lipid apheresis - a pilot study/ J.Beyer-Westendorf, W.Seitz, N. Jabs // J. Atheroscler. (Suppl).- 2009. - Vol. 29.- P. 70-73.
9. Chew, K.K. Erectile Dysfunction as a Predictor for Subsequent Atherosclerotic Cardiovascular Events: Findings from a Linked-Data Study/K.K. Chew // J. Sex. Med. - 2009. - Vol. 13. - P.121-124.
10. Kaiser, D.R. Impaired brachial artery endothelium-dependent and -independent vasodilation in men with erectile dysfunction and no other clinical cardiovascular disease/D.R. Kaiser, K. Billups, C. Mason et. al. //J. Am. Coll. Cardiol. - 2004. -Vol. 43 (2). -P.179-184.
11. Meuleman, E.J. Extended outcome assessment in the care of vascular disease; Revising the paradigm for the 21th century/E.J. Meuleman, M. Mc Daniel, M.R. Nekler et. al. // J. Vasc. Surg. - 2000. - Vol. 32. -P. 1239 - 1250.
12. Trends, complications, and mortality in peripheral vascular surgery// J. Vascular. surgery. -2006.- Vol.43, № 2.
13. Virag, R. Flow- dependent dilatation of the cavernous artery. A potential test of penile NO content/R. Virag // J. Mal. Vasc. - 2002. -Vol. 27. - P. 214-217.
14. Waczak, M.K. Prevalence of cardiovascular risk in erectile dysfunction/M.K. Waczak, N. Lokhandwala, M.B. Hodge et. al. // J.Gend. Specif. Med. -2000. -Vol. 5, №6. - P.19-24.

УДК 616.12+612.089.61 (574.42)

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТОЯННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ НА БАЗЕ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА ПЕРИОД С 1987 ПО 2011г.г.

Т.М. Мухамеджанов

Восточно-Казахстанская областная больница, Отделение эндоваскулярной хирургии и интервенционной кардиологии, г. Усть-Каменогорск

Тұжырым

1987-2011 Ж.Ж. ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСТЫҚ АУРУХАНАСЫ БАЗАСЫНДА ҮНЕМІ ЭКС ИМПЛАНТАЦИЯ НӘТИЖЕЛЕРІ

Электрокардиостимулятор (ЭКС) – брадикардиялық эпизодтардың алдын алуға арналған, алмастырылатын автоматты құрылғылар. Электростимуляция жүйесіне аппараттың өзі (электростимулятор) және электродтар енеді. Электродтарды пайдаланудың саны бойынша ЭКС бірлік, екілік және үшкмералық болып бөлінеді. Бірінші ЭКС 1956 жылы алмастырылды. Қазіргі уақытта Батыс Еуропада және АҚШ-та миллион халыққа 450-600 электростимулятор алмастырылды. Жер шарындағы 25% емделуші жүрек ырғағының бұзылуына анықтама жасады, галамшардағы 2000-нан астам адам әрбір сағат сайын кенеттен қайтыс болып жатады, 20 дан 30%-ға дейінгі кенеттен қайтыс болудың себебінің бірі брадиарығак болып табылады.

Summary

RESULTS PERMANENT IMPLANTATION ECS ON THE BASIS OF EAST-KAZAKHSTAN REGION HOSPITALS FOR THE PERIOD FROM 1987 TO 2011g.g.

Pacemakers (ECS) - automatic implantable devices designed to prevent bradikarditicheskikh episodes. The system includes electrical apparatus itself (rheonome) and electrodes. By the number of electrodes used in EX classified into one-, two-, three-compartment and. The first pacemaker was implanted in 1956. At the present time in Western Europe and the U.S. are implanted pacemakers 450-600 per million population. In 25% of patients in the world diagnosed with cardiac arrhythmias, every hour, more than 2,000 people worldwide die from sudden cardiac death, 20 to 30% of sudden death are bradyarrhythmias.

Электрокардиостимуляторы (ЭКС) – имплантируемые автоматические устройства, предназначенные для профилактики брадикардических эпизодов. Система электростимуляции включает сам аппарат (электростимулятор) и электроды. По количеству используемых электродов ЭКС подразделяются на одно-, двух- и трёх-камерные. Синонимом последних является термин «рестинхронизирующая система» или CRT.

Первый ЭКС был имплантирован в 1956 году. Многочисленные исследования подтвердили, что постоянная физиологическая электростимуляция не только многократно снижает смертность у пациентов с критическими брадикардиями, но и предотвращает появление и дальнейшее развитие пароксизмов фибрилляции предсердий.

Актуальность: В настоящее время в странах Западной Европы и США имплантируется 450-600 электрокардиостимуляторов на млн. населения. У 25% па-

циентов на земном шаре диагностируют нарушения ритма сердца, каждый час более 2000 человек на планете умирают от внезапной смерти, от 20 до 30% причиной внезапной смерти являются брадиаритмии.

Показания к имплантации однокамерного предсердного ЭКС

А) Синдром слабости синусового узла с приступами Морганьи-Эдамса-Стокса (МЭС) при условии сохранённой атриовентрикулярной (АВ) проводимости;

Б) Синдром слабости синусового узла с пароксизмами фибрилляции предсердий при условии сохранённой атриовентрикулярной проводимости (тахибрадивариант дисфункции синусового узла);

В) Синдром слабости синусового узла, проявляющийся хронической брадикардией, которая приводит к развитию аритмогенной ХСН.

Показания к имплантации однокамерного желудочкового ЭКС

А) Преходящая атриовентрикулярная блокада II-III ст. с приступами МЭС при условии редких эпизодов брадикардии. Например, при синдроме гиперчувствительности каротидного синуса или кардиальном варианте нейрокардиальных синкопе;

Б) Преходящий или хронический синдром Фредерика (атриовентрикулярная блокада III ст. при наличии фибрилляции или трепетания предсердий)

В) Врожденная полная АВ блокада в детском возрасте (менее 5 лет) при наличии приступов МЭС, критической для данного возраста брадикардии или объективных признаков развития аритмогенной ХСН.

Показания к имплантации двухкамерного (предсердно-желудочкового) ЭКС

А) Атриовентрикулярная блокада III ст. приобретенного характера

Б) Атриовентрикулярная блокада II ст. с приступами МЭС;
В) Атриовентрикулярная блокада I ст. в сочетании с бифасцикулярной блокадой;

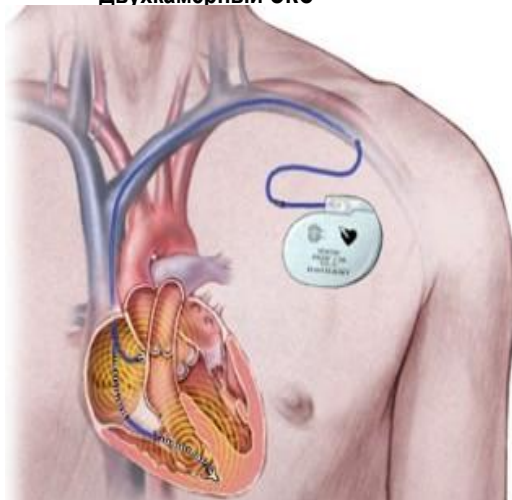
Г) Атриовентрикулярная блокада II ст. или I ст. в сочетании с фасцикулярной блокадой, когда пациенту требуется дополнительная антиаритмическая терапия, которая может привести или приводит к усугублению блокады и появлению соответствующей симптоматики. Например, сочетание АВ блокады II ст. и частых пароксизмов фибрилляции предсердий;

Д) Врожденная полная АВ блокада в подростковом возрасте;

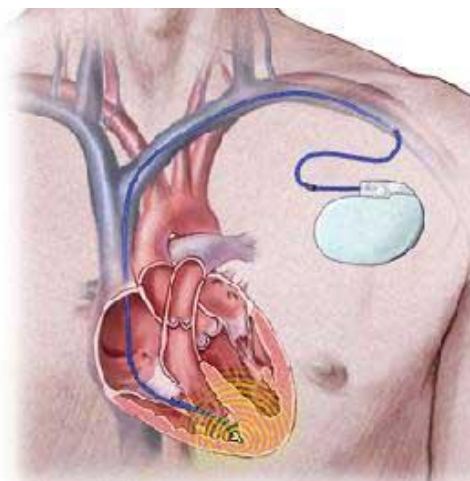
Е) Врожденная полная АВ блокада в детском возрасте при наличии приступов МЭС, критической для данного возраста брадикардии или объективных признаков развития аритмогенной ХСН.

Виды постоянной имплантации ЭКС

Двухкамерный ЭКС



Однокамерный ЭКС



За период с 1987 по 2011г.г. на базе ВК ОМО проведено 417 имплантации однокамерных электрокардиостимуляторов. С 2008г. в первые в области начата имплантация двухкамерных ЭКС, имплантировано 20 ЭКС.

Всего за отчетный период было имплантировано 417 ЭКС, из них: мужчины – 206 (49,4%); женщин- 211 (51,6%). Распределение больных по возрасту: до 40 лет - 6%; 41-50 - 4,5%; 51-60 – 19%; 61- 70 – 38,5%; старше 70 – 32%. Осложнения связанные с имплантацией однокамерных ЭКС: Электродный сепсис-1 случай (0,2%); дислокация эндокардиального электрода-11(2,6%); смерть- 5 (1,1%); перфорация миокарда эндокардиальным электродом – 1 (0,2%).

При постоянной имплантации двухкамерных ЭКС осложнений не зафиксировано.

Выводы: Ежегодно увеличивается количество пациентов нуждающихся в имплантации ЭКС. Наиболее часто в имплантации ЭКС нуждаются лица в возрасте старше 60 лет с брадиаритмическими формами нарушения сердечного ритма, сопровождающиеся приступами МЭС. Выполненная своевременно, по строгим показаниям, с учетом уровня поражения проводящей системы сердца электрическая стимуляция позволяет пациента вернуться к социально полноценному образу жизни.

Литература:

1. Ардашев А. В., Стеклов А.М. Лечение нарушений сердечного ритма и проводимости. ГВКГ им. Акад. Н.Н.Бурденко, 1998г. – 165с

2. Доцицин В.Л. Блокады сердца. – М.: Медицина, 1979. – 199 стр.

3. Егоров Д.Ф., Гордеев О.Л. Диагностика и лечение пациентов с имплантированными антиаритмическими устройствами. – СПб.: Человек. – 2006. – 256 стр.

4. Gottipaty V., Krelis S., Lu F., et al.// JACC. - 1999. – V.33(2). – P.145.

5. Abraham W.T., Fisher W.G., Smith A.L. et al. Cardiac resynchronization in chronic heart failure // NEJM. - 2002. – V. 346, N.24. – P.1845–1853.

6. Bradley D.J., Bradley E.A., Baughman K.L. et al. Cardiac resynchronization and death from progressive heart failure // JAMA.- 2003. – V.289. – P.730–740.

7. Young J.B., Abraham W.T., Smith A.L. et al. Safety and efficacy of combined cardiac resynchronization therapy and implantable cardioversion defibrillation in patients with advanced chronic heart failure. The Multicenter InSync ICD Randomized Clinical Evaluation (MIRACLE ICD) trial // JAMA. – 2003. – V.289. – P. 2685–2694.

8. Gras D., Kappenberger L., Klein W., Tavazzi L. The CAREHF study (CArdiac RESynchronisation in Heart Failure study): Rationale, design and end-points//Eur J Heart Fail. – 2001. – V.3(4). – P.481–489.

9. Кузнецов В.А. Сердечная ресинхронизирующая терапия: избранные вопросы. – Москва, 2007. – 126 стр.

10. Козлов В.Л., Акчурин П.С., Грудцын Г.В. Электрическая монополярная желудочковая стимуляция сердца: диагностика осложнений. – Москва, 1998. – 111 стр.

УДК 616.12-008.3-616.126.42-0533.6

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

М.В. Горемыкина¹, С.К. Турсумбекова², З.С. Тыныштыкова³, Л.М. Бакаева⁴

¹Государственный медицинский университет города Семей,

² КГКП на ПХВ «Консультативно-диагностический центр», г. Семей

³КГП на ПХВ «Экибастузская городская больница», г. Экибастуз

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

Тұжырым

ЖАС АДАМДАРДА ЖҮРЕКТИҢ ДӘНЕКЕР ТІНДЕРІНІҢ ДИСПЛАЗИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ЖҮРЕК ҮРҒАҒЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ

Берілген мақалада жас адамдарда жүректің дәнекер тіндерінің дисплазиясы кезіндегі жүрек ырғағының бұзылыстары синдромы кезіндегі ЭКГ мәліметтері көрсетілген. Жүрек дәнекер тіндерінің дисплазиясы синдромы кезінде ЭКГ нормасынан ауытқу 55% жағдайларда кездеседі.

Summary

VIOLATIONS OF RHYTHM OF HEART AT CONNECTING TISSUE OF HEART AT PERSONS OF YOUNG AGE

In the article these electrocardiographies of persons of young age are presented with syndrome of connecting tissue of heart. At presence syndrome of connecting tissue of heart of there are one or another deviations from a norm on electrocardiography in 55% cases.

Синдром дисплазии соединительной ткани сердца (СДСТС), включающий пролапсы клапанов сердца, аневризмы межпредсердной перегородки и синусов Вальсальвы, выделен в классификации заболеваний сердечно-сосудистой системы Нью-Йоркской ассоциации кардиологов [1].

Проблема СДСТС является актуальной из-за высокой частоты распространения его в популяции. Так, распространенность пролапса митрального клапана (ПМК) среди населения достигает 20%, аномально расположенных хорд (АРХ) – 17% [1,2]. Кроме того, при ПМК и АРХ повышен риск развития ряда серьезных осложнений, таких как нарушения ритма сердца, инфекционный эндокардит, острые нарушения мозгового кровообращения и другие.

В последнее десятилетие особое внимание уделяют аритмиям, развивающимся на фоне ДСТС [3]. Клиническое значение аритмий различно: у одних пациентов нарушения ритма, вызывая кардиальный дискомфорт, могут сказываться на качестве жизни, существенно не влияя на прогноз; у других — зачастую вне четкой связи с субъективной переносимостью — могут носить потенциально жизнеугрожающий характер; в части случаев нарушения ритма и проводимости могут манифестировать внезапной сердечной смертью. Аритмический синдром входит в группу синдромов, определяющих танатогенез у лиц с ДСТ [4,5].

Задачей врачей при обнаружении СДСТС становится адекватная его интерпретация и оценка, что неразрывно связано с решением вопросов медицинской экспертизы (служба в армии, поступление в учебные заведения, занятия спортом и другие).

При обследовании лиц молодого возраста представляется целесообразным выделение двух типов аритмий [Козарев О.А., Богачев Р.С., 2004]: I - нестойких, не имеющих клинического значения, не влияющих на самочувствие больного и прогноз; и II - стойких аритмий, влияющих на состояние больного и имеющих прогностическое значение.

В I группу включают следующие нарушения ритма: наджелудочковые экстрасистолы, редкие желудочковые экстрасистолы (до 10 в час), миграцию водителя сердечного ритма, а также синусовую брадикардию и синусовую тахикардию, если они не проявляют себя клинически.

К II группе авторы относят следующие нарушения ритма: частые (более 10 в 1 мин) и политопные желудочковые экстрасистолы, пароксизмальные нарушения сердечного ритма (наджелудочковые и желудочковые тахикардии, мерцание и трепетание предсердий), синдром слабости синусового узла, синдром WPW, синдром CLC, поскольку он может сочетаться с латентным синдромом WPW.

Целью нашего исследования, в связи с вышеизложенным, явился анализ нарушений ритма сердца у лиц молодого возраста с СДСТС г.Семей.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты электрокардиографии (ЭКГ), проведенной лицам молодого возраста (всего 2872 человека). Для верификации СДСТС использовалась эхокардиография, которая была проведена 678 подросткам и лицам молодого возраста (534 юношей (79%) и 144 девушки (21%)). Средний возраст составил $19 \pm 0,8$ лет. Отметим, что половое различие в группах объясняется активным выявлением патологии у юношей по линии военкомата.

Результаты и обсуждение. В таблице 1 представлены результаты электрокардиографии у подростков, в основном у юношей. Как видно из таблицы, у 65% юношей ЭКГ данные были в пределах возрастной нормы.

Наиболее частыми изменениями были: нарушение внутриведущей проводимости, включая неполную блокаду правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ) (26,1%), синусовая тахикардия (ЧСС ≥ 90 уд/мин) -13,4%, нарушение процессов реполяризации желудочков (6,3%). Достаточно высоким оказалась частота синдрома CLC – 4,4%. Миграция водителя ритма зафиксирована у 1% призывников. Предсердная и желудочковая экстрасистолия встречались значительно реже (0,5% и 0,8% соответственно). АВ – блокады I степени выявлены у 1% призывников, причем большинства из них (78%) имелись малые аномалии соединительной ткани сердца (чаще АРХ). АВ – II степени отмечалась в единичных случаях у подростков с воспалительными заболеваниями миокарда.

Нарушение АВ – проводимости встречается достаточно часто у практически здоровых людей. У 1,6% здоровых летчиков встречается АВ – блокада I – степени. АВ – блокада II степени I типа часто наблюдается у лиц без сердечной патологии, особенно у спортсменов, а также во время сна.

Таблица 1 - Результаты ЭКГ у подростков.

Результаты ЭКГ	абс. число (n=2872)	%
Норма	576	20,0
Синусовая аритмия	1316	45,8
Тахикардия	385	13,4
Брадикардия	92	3,2
Нарушение внутрижелудочковой проводимости, включая НБПНПГ	749	26,1
Нарушение процессов реполяризации	182	6,3
Предсердная экстрасистолия	15	0,5
Желудочковая экстрасистолия	24	0,8
Синдром укороченного интервала PQ	125	4,4
Синдром W-P-W	2	0,07

В таблице 2 представлены данные ЭКГ у подростков с малыми аномалиями соединительнотканной дисплазии сердца.

У больных с ПМК в большинстве случаев регистрировались нарушения ритма сердца и проводимости. Синусовая тахикардия выявлена у 25,5% пациентов с ПМК. Брадикардия (ЧСС \leq 40 уд/мин) встречалась у 5,5% подростков с ПМК. Желудочковая экстрасистолия отмечена у 5,9% лиц с ПМК, предсердная экстрасистолия - у 2,4% в. Синдром CLC - наиболее часто встречался при наличии APX в полости ЛЖ (7,4%), в то время как при ПМК данный синдром отмечен в 2,6% случаев.

Синдром WPW зафиксирован только у юношей с APX (0,3%). У лиц с APX с одинаковой частотой встречались предсердная и желудочковая экстрасистолия (2,8%). Наиболее частой находкой ЭКГ при всех проявлениях дисплазии сердца была синусовая аритмия: с ПМК - 35,7%, с APX - 45,2%, с ВПС - 38,5%.

Выявлены достоверные различия в развитии брадикардии (7,7%), нарушений внутрижелудочковой проводимости (28%) при наличии APX в сравнении с этими же показателями при ПМК (5,5% и 21% соответственно) ($p < 0,01$).

Таблица 2 - Результаты ЭКГ при отдельных видах синдрома дисплазии соединительной ткани.

ЭКГ	ЭхоКГ		Норма (n=38)		ПМК (n=133)		ПМК+APX (n=209)		APX (n=285)		ВПС (n=13)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Норма	7	18,4	30	22,5	36	17,1	47	16,5	1	7,7		
Синусовая аритмия	18	47,4	31	23,3	26	12,4	129	45,2	5	38,5		
Тахикардия	1	2,6	20	15,0 [€]	22	10,5	24	8,4	1	7,7		
Брадикардия	3	7,9	3	2,2	7	3,3	22	7,7 ^{###}	-	-		
Нарушение внутрижелудочковой проводимости	12	31,6	28	21,0	30	14,3	80	28,0 ⁺⁺⁺	5	38,5		
Нарушение процессов реполяризации	1	2,6	15	11,3	12	5,7	26	9,1	-	-		
Предсердная экстрасистолия	-	-	2	1,5	2	0,9	8	2,8	-	-		
Желудочковая экстрасистолия	1	2,6	6	4,5	3	1,4	8	2,8	-	-		
Синдром укороченного интервала PQ	-	-	6	4,5	3	1,4	21	7,4	1	7,7		
Синдром W-P-W	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-		

Примечание:

* различия с данными ЭКГ при изолированном ПМК достоверны, $p < 0,05$

- различия с данными ЭКГ при всех видах ПМК (изолированный ПМК+ПМК в сочетании с ДХ) достоверны, $p < 0,01$

+++ - различия с данными ЭКГ при всех видах ПМК достоверны, $p < 0,001$

€ - различия с данными ЭКГ при изолированной ДХ достоверны, $p < 0,05$

В то же время при ПМК достоверно часто регистрировались синусовая тахикардия (15%), в сравнении с данными изменениями ЭКГ при наличии APX (8,4%) ($p < 0,05$).

У лиц с отсутствием СТДС серьезных нарушений ритма и проводимости не выявлено.

Выводы.

1. В структуре электрокардиографических изменений у юношей призывного возраста преобладают: синусовая аритмия (45,8%), нарушение внутрижелудочковой проводимости, включая НБПНПГ (26,1%), тахикардия (13,4%).

2. При наличии СДСТС встречаются те или иные отклонения от нормы на ЭКГ в 55% случаев.

3. Наиболее часто встречающимися изменениями ЭКГ при ПМК является синусовая тахикардия (25,5%).

4. Наличие в полости желудочков APX сопровождается нарушениями внутрижелудочковой проводимости (42%), синусовой брадикардией (11%).

5. Желудочковая и предсердная экстрасистолии отмечены в 8,7% и 5,2% соответственно у пациентов с СДСТС.

Литература:

1. Boudoulas H., Kolibach A., Baker P. et al. // Amer. Heart J. - 1989. Vol 118. - P. 796-818.
2. Степура О.Б., Остроумова О.Д., Пак Л.С. и др. // Кардиология. - 1997. - №12. - С. 74-76.
3. Стародубцева М.С. Состояние кардиодинамики у детей с малыми аномалиями развития сердца // Вестник РГМУ. - 2005. - №3(42). - С.137.
4. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца/СПб.: ТОО «Политекст-Норд-Вест» - 2000. - 115 с.
5. Нечаева Г.И., Конев В.П., Викторова И.А., Шилова М.А., Друк И.В., Вершинина М.В. // Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти // Рос. медицинские вести. - 2004. - №3. - С.25 - 32.

УДК 616.12-008.1-08

КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМІНДЕГІ НИТРАТТАРДЫҢ ОРНЫ

Л.М. Бакаева

ҚР Семей қаласының Жедел медициналық жәрдем ауруханасы**Резюме****РОЛЬ НИТРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Нитраты широко используются для лечения кардиологических больных. Применение нитратов сублингвально является золотым стандартом при остром развитии инфаркта миокарда. Внутривенное введение нитратов при остром коронарном синдроме избранный метод лечения. Также, у больных со стенокардией нитраты являются препаратами, которые в экстренной ситуации в течение нескольких минут обеспечивают повышение толерантности к физическому или эмоциональному стрессу и улучшают качество жизни больных стенокардией. Нитраты также обеспечивают контроль при острой и хронической сердечной недостаточности.

Summary**THE ROLE OF NITRATES IN THE TREATMENT OF CARDIAC PATIENTS**

Nitrates are wide spread used to treat cardiac patients. The use of nitrates sublingual is the gold standard in case of acute myocardial infarction. Intravenous using of nitrates in acute coronary syndrome is favorite method of treatment. Also, in patients with angina pectoris nitrates are the drugs of choice which at emergency condition in some minutes improve tolerance to physical and emotional stress and elevate quality of life of patients. Nitrates also provide control in acute and chronic heart failure.

Нитраттардың әсер ету механизмін терең зерттеу олардың коданылу аясын кеңейтті және ХХ ғасырдың соңында, азот оксидінің молекуласы тамыр эндотелиінің қалыпты функциясын қамтамасыз етуде маңызды рөл атқаратыны дәлелденді. Ол тамыр тонусын реттеуге қатысады, антиагреганттық әсер көрсетеді, адгезияны және моноциттер инфильтрациясын тежейді, артерия қабырғасындағы бірыңғай салалы жасушалардың пролиферациясын және миграциясын да тежейді [1, 2, 3]. Азот оксиді түзілуінің төмендеуімен жүретін эндотелий функциясының бұзылуы көптеген ауруларда (жүректің ишемиялық ауруы, артериялық гипертония (АГ), қант диабеті, жүрек жеткіліксіздігі, т.б.) байқалады.

Қазіргі кезде нитраттарға тағайындауға көрсеткіштер:

1. Жедел коронарлы синдром (миокард инфаркты, тұрақсыз стенокардия);
2. Күш түсу және тыныштықтағы стенокардия (спонтанды);
3. Жүрек жеткіліксіздігінің систолалық түрі (жедел және созылмалы);
4. Жүрекке жасалған хирургиялық әрекеттен кейінгі дамиды АГ.

Жедел коронарлы синдром (ЖКС).

ЖКС бар науқастарды нитраттармен емдеудің нәтижелілігін зерттеуде екі кезеңді ажыратады. Бірінші кезеңде, көп орталықтық зерттеулер болмағандықтан, салыстырмай түрде аз адам қатысқан (орташа 100-300 адам), ашық бақыланатын зерттелер жүргізілді. Екінші кезеңде екі үлкен көп орталықты бақыланатын және жартылай ашық зерттеулер (ISIS – 4, GISSI - 3) жүргізілді. Екінші кезең зерттеліп жатқан науқас топтарында тромболитиктер мен бета-адреноблокаторларды кең қолданумен сәйкес келеді. Бұдан басқа, бұл зерттеулерде бақылау топтарындағы науқастардың жартысынан аз емес бөлігі нитраттар қабылдаған. Көрсетілген екі фактор бұл зерттеулерде нитраттардың орны мен олардың ауру нәтижесіне әсерін зерттеуде шамалы қиындық тудырады. ЖКС бар науқастардағы нитраттардың нәтижелілігін зерттеудің бірінші кезеңінде өткізілген зерттеулердің ерекшелігі – АҚҚ мақсатты деңгейге дейін төмендеуін қамтамасыз

ететін жекеленген мөлшерің тағайындалуында. Бастапқы жоғары емес (100-130 мм с.б.б.) систолалық қан қысымы бар науқастарда қан қысымын 10-15% дейін, бірақ 90 мм с.б.б. төмен емес деңгейге дейін, ал АГ бар науқастарда бастапқы деңгейден 20-25% дейін төмендетті. Бұдан басқа, АҚҚ жеткіліксіз төмендетілуі мен жүрек ырғағының жиілеуі кезінде (120 соққыдан артық) бета-блокаторларды көк тамыр ішіне енгізу қарастырылған. Жүрек ырғағының сиреуі систолалық қан қысымының жеткілікті төмендеуін қамтамасыз етті. ISIS-4 зерттеуінде изосорбит 5-мононитраты пероралды түрде берілді және ауру басталғанынан алғашқы сағаттарда тағайындау міндетті болған жоқ (бастапқы 24 сағаттардың ішінде тағайындалуы қарастырылды). GISSI-3 деп аталатын басқа үлкен зерттеуде нитроглицериннің инфузиясын дәл осы уақыт аралығында бастады, препараттың мақсатты мөлшері барлық науқастарда қан қысымын тек 10% ғана төмендетуі керек болды.

Кіші зерттеулерде нитроглицерин ерітіндісін (перлинганит) немесе изосорбид динитратын (изокет) басында көктамырға (10-20 мкг), ал одан кейін инфузия түрінде (10-20 мкг/мин) енгізеді. АҚҚ төмендеуі жеткіліксіз болған жағдайда әр 5-10 минут сайын нитроглицерин мөлшерін 5-10 мкг/мин арттырады. Максималды ұсынылатын доза 24-48 сағат ішінде 200 мкг/мин дейін жетеді. Бұл доза жүрек лақтырысының жеткілікті мөлшерін сақтай отырып, өкпе артериясындағы қысымды жақсы төмендеуін қамтамасыз етеді.

11 шағын зерттеулерден алынған (3005 науқас) нәтижелердің біріккен сараптамасы бойынша бақылау тобымен салыстырғанда, емдеу тобында (35%ға, $p < 0,001$) өлімділіктің нақты төмендеуін анықтауға мүмкіндік берді. Өлімділік көрсеткіштерінің арасындағы айырмашылық ем басындағы алғашқы апталарда сақталады, кейін өлімділік көрсеткіштері теңесті. Миокард инфарктының жедел кезеңіндегі науқастарда нитраттардың оң әсері, тамыр кеңеюі нәтижесіндегі жүрек алды және жүректен кейінгі жүктеменің азаюымен байланысты миокардтың оттегіге қажеттілігінің азаюы арқасында, некроз аймағының шектелуімен байланысты. Сонымен қатар,

нитраттардың коллатералды тамырлар арқылы коронарлы қан айналуын жақсартуы маңызды орын алады [4].

Некроздалған аймақты шектеуде аурудың басталуынан ем бастауға дейінгі өткен уақыт басты орын алады. Мысалы, В. Jugdutt және оның пікірлестерінің зерттеуінде, ауру басталуының алғашқы 4 сағатында перлинганитті енгізу некроз көлемін біршама азайтатыны дәлелденді. Кеш басталған терапия аз эффективті болды. Тромболитиктер сияқты, нитраттарды миокард инфарктының тек алғашқы 6 сағатта қолдану, некроз аймағын шектей алатыны сөзсіз. Бұл уақыт өткеннен кейін, тоқыраулы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарда, сол қарыншаның аластау фракциясы төмендеуімен (35% аз) үлкен көлемді миокард инфаркты бар науқастарда, кейіннен өкпеде қан тоқырауы мүмкін сол қарыншаның ремоделдену мүмкіндігі жоғару науқастарда нитраттармен емдеу нәтижелі болуы мүмкін. Мұндай жағдайларда, перлинганиттің немесе изокеттің бақыланатын инфузиясы өкпе артериясындағы қан қысымының тез төмендеуін және жүрек лақтырысының жоғарлауын қамтамасыз етеді. Кейін бұл науқастар ААФ ингибиторларын мақсатты дозада қабылдауы керек.

Жедел жүрек жеткіліксіздігі дамыған науқастардың емін (артериялық гипотониясыз) фуросемидпен емді бастау тиімдірек, себебі айналыстағы қан көлемінің азаюы жедел миокард ишемиясы бар науқастардың жағдайының ауырлауына әкелетін, жүрек лақтырысының азаюына әкелуі мүмкін. Тіпті артериялық гипотониямен қосарласқан, өкпесінде тоқырауы бар науқастарда, қан қысымын добутамин немесе допамин көмегімен жоғарылатқаннан кейінгі, перлинганит немесе изокеттің инфузиясы өкпедегі қан тоқырауы көрінісін дереу азайтып, өкпе ісінуінің басылуын тез қамтамасыз етеді [5].

Екі үлкен көп орталықты зерттеулер [6, 7] бойынша, ЖКС дамуынан бастап, алғашқы 24 сағатта жүргізілген және 5 апта және одан артық уақытқа созылған нитраттармен емнің әсерлілігін бағалады. Ауру басталуының алғашқы 6 сағатында 70% артық науқастарға тромболитиктер енгізілген.

ISIS-4 зерттеулерінде 29022 науқастарға алғашқы тәулікте индур (изосорбид 5 моноснитрат баяу босайтын түрінде) 30 мг тәулігіне 1 рет немесе 2 рет тағайындалған. Ем нәтижесі 5 апта бойы плацебо қабылдаған топпен (29028 науқас) салыстырылып, бағаланды.

18895 науқасы бар GISSI-3 зерттеулерінде, олардың жартысы нитраттарды немесе нитраттарды лизиноприлмен (9451) біріктіріп алған. Ем әсерлілігі бақылау тобында алынған мәліметтермен салыстырылып бағаланды (4729 адам). 24 сағат бойы науқастарға перлинганит тамыр ішіне енгізілді, кейін изосорбид 5 моноснитрат 50 мг тәулігіне пероралды немесе нитроглицерин 10 мг трансдермалды түрінде тағайындалды. Алынған нәтижелер алдыңғы жұмыстағы сияқты, бұнымен қоса кейінгі уақытта да (ем басынан 6 аптадан соң және 6 айдан соң) бағаланды.

Екі зерттеудің алынған мәліметтері сараптамасында, нитраттарды қабылдаған және бақылау тобына қосылған науқас топтарында өлімділік көрсеткіштерінде айырмашылығы болған жоқ. Бұл нәтижелер зерттеуге алынған аз науқастармен алдында жүргізілген зерттеу нәтижелерімен сәйкес келген жоқ. Бірақ, айта кететін жайт, алдыңғы

зерттеулерде емнің нәтижелілігі аурудың бірінші аптасында көрініп, емді алғашқы сағаттарда бастағанда максималды болатыны дәлелденді. Осы көп орталықты зерттеулердің негізгі баспаларында мұндай талдау көрсетілген жоқ [6,7]. Кешірек жүргізілген қосымша анализ бойынша ISIS-4 зерттеуінде миокард инфарктінің бастапқы 2 күнінде нитратармен емдеу нәтижесінде өлімділіктің нақты төмендеуі тіркелді, ал, GISSI-3 зерттеуінде ауыр асқинулардың даму жиілігінің: кардиогенді шок пен қарыншалар фибрилляциясы - 20%-ға, қарынша аралық перденің жыртылуы - 50%-ға төмендеуі анықталды [8]. Бұл берілгендерден үлкен көп орталықты зерттеулерде аурудың алғашқы күндері нитраттармен емдеудің әсерлілігі туралы қорытынды жасауға болады. Және мақсатты дозадағы нитраттармен ем инфузия түрінде енгізілу керектігі сөзсіз.

Сондықтан да алғашқы 48 сағатта келесі топ науқастарына: ауырсыну синдромы, үлкен көлемді миокард инфаркты және жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарға нитраттарды қолдануға әбден болады.

Тоқыраулы жүрек жеткіліксіздігінің систолалық формасы бар науқастарда жүрекке дейін және жүректен кейінгі күштеменің артуы веналар мен артериолалардың тонусын төмендететін вазодилататорлардың нәтижелілігін бағалау мақсатымен жүргізілген зерттеулердің (Vasodilator - heart Failure Trial – V – HeFT -1) алғашқы нәтижелері 1986 жылы басылған [7]. Бұл зерттеуде изосорбид динитраты (венозды вазодилататор) мен апресин (артериолалық вазодилататор) және празозин (аралас әсерлі вазодилататор) мен плацебо әсерін салыстырды. Емді изосорбид динитратты 20 мг 4 рет тәул. дозасында, ал апресинді 37,5 мг 4 рет/тәул. бастады. 2 аптадан кейін дозаны 2 есеге арттырды (дәріні жақсы көтерген жағдайда). Празозинмен емді 2,5 мг тәул. 4 рет дозада бастап оны да кейін 2 есеге арттырды. Ем 0,5 жылдан 5, 7 жылға дейін (орташа 2, 3 жыл) созылды. Осы уақыт аралығында бірінші топта 38,7% , екінші топта 49,7% , ал үшінші топта 44% науқас қайтыс болды. Топтар арасындағы айырмашылық нитрат пен апресиннің біріктірілен емінде статистикалық нақтыланды. Бұл айырмашылықтар бірінші, екінші және үшінші бақылау жылдарында тұрақты сплатта болды. Екі вазодилататор біріккен емін алған топты 8 аптадан кейін және 1 жыл уақытында қайталап зерттеген кезде басқа топтардың науқастарымен салыстырғанда аластау фракциясының нақты артуы анықталды.

Клиникалық тәжірибеде аралас әсерлі вазодилататорлардың пайда болуынан кейін (АПФ ингибиторлары) сол ғалымдар J.N.Cohn басқаруымен екіншілік (V- HeFT-2) зерттеу жүргізді. Мұнда апресинмен, изосорбид динитратпен және эналаприлмен емнің тиімділігі салыстырылды (8). Ем 6 айдан 5, 7 жылға созылды (орташа 2-5 жыл). Эналаприл 20 мг тәулігіне, апресин 75мг 4 рет/тәул., нитраттар 20 мг 4 рет/тәул. тағайындалды. АПФ ингибиторлары вазодилататорлар комбинациясын қабылдаған топпен салыстырғанда өлімділіктің біршама төмендеуін қамтамасыз етті. Екі вазодилататордың комбинациясы жиі бас ауыруын, ал АПФ ингибиторларымен ем гипотония мен жөтелдің пайда болуын шақырды. Осы мәліметтерден кейін, Еуропалық кардиологтар қоғамының ұсыныстарында изосор-бид динитрат пен апресиннің біріктірілген емі ААФ ингибиторы немесе АТ II рецепторларының

антогонистерін тағайындауға қарсы көрсеткіштері (бүйрек жеткіліксіздігі, бүйрек артериаларының стенозы) бар немесе оларды көтере алмайын науқастарға альтернативті ем түрінде қарастырылады. Қазіргі кезде АҚШ-та, BIDIL - аталатын 20 мг изосорбиддинитратынан және 37,5 мг гидралазиннен (апрессин) тұратын жаңа дәрілік форма шығарылды. Көрсетілген доза бастапқы доза ретінде ұсынылды. Әсері аз болса препараттың мақсатты дозасын - 2 таблеткадан күніне 3 рет қолдану ұсынылады.

Америка, Европа елдерінің ұсыныстар құрамына нитроглицерин депо тобынан (нитронг, сустак және т.с.с.) препараттар кірмейді. Бұл нитроглицеринді ішке қолданған кезде оның биожетімділігімен өте төмен болуымен байланысты, ал, кейбір науқастарда, бұл препараттар бауыр арқылы алғаш өткенде бұзылатындықтан бастапқы рефрактер-ліктің болумен байланысты. Біз өткізген алдыңғы зерттеулерде, бір уақытта тіпті «сустан фортеңі» 4 таблеткасын қабылдау жүктемелік толеранттылыққа әсер етпегені және ешқандай жанама әсер көрсетпегені анықталды. Сондықтан да, биожетімділігі 100% жететін, изосорбид динитрат тобынан, әсіресе изосорбид 5-мононитратын қолдану маңыздырақ (9).

Стенокардия ұстамасын басу. Нитроглицерин әлі де стенокардия ұстамасын басудың таңдау препараты болып табылады. Қазіргі кезде оны спрей (аэрозоль) түрінде қолдану мүмкіндігі бар. Және белсенділігі 3 жыл сақталатындықтан артықшылығы бар. Ал таблетка түріндегі формасы белсенділігін 3 ай ғана сақтайды, ал ауамен әсерлескен кезде, ондағы нитроглицерин мөлшері төмендегендіктен, одан да аз болуы мүмкін. Бұл уақытты нақты болжауға болмайды.

Изосорбид динитратты (кардикет) немесе оның метаболитін (эфокс) ретард түрінде қолданған кезде, препарат әсері тек 60-90 минуттан кейін ғана пайда болады, бірақ әсері ұзағырақ (14 сағатқа дейін) созылады. Сондықтан да дәрігер, жүктеме ерекшеліктеріне, олардың ұзақтығына байланысты, препараттың сәйкес дәрілік формасының нақты қабылдау тәртібін тағайындауы мүмкін.

Нитраттармен ұзақ емдеген кезде, қандағы жоғары концентрация-сына карамастан, гемодинамика көрсеткіштеріне әсерінің жойылуымен және науқастың физикалық мүмкіндіктеріне оң әсерінің төмендеуімен көрінетін, оларға толеранттылықтың дамуы – негізгі мәселе болып табылады. Нитраттарға толеранттылық алғашқы тәуліктің соңында тұрақты инфузиядан кейін, ал препараттың баяу немесе ұзақ босайтын дәрілік формаларын (пластырь, ретард түрі немесе капсулалар) қолданған кезде бірнеше күн ішінде дамуы мүмкін [9]. Бүгінгі таңда оның пайда болуына 3 даму нұсқасы қарастырылуда: 1) эндотелий дисфункциясына байланысты нитраттарға бастапқы рефрактерліктің болуы; 2) нитраттардың вазодилатациялық әсерін төмендететін, нейрогуморалды белсенділікпен байланысты болуы мүмкін, біртіндеп дамидын толеранттылықтың болуы; 3) азот оксидінің әсері арқылы өтетін әсерлердің төмендеуінен «нағыз» толеранттылықтың болуы [10].

Клиникалық тәжірибеге, вазоконстрикциялық факторлардың синтезінің күшеюі нитраттарға толеранттылықтың жиі себебі болып табылады. Ол қанның жүрекке келуінің біршама төмендеуіне қорғаныс реакциясы түрінде рефлекторлы пайда болады. Оның қарапайым дәлелі ретінде нитраттарды қолданғаннан кейін жүрек ырғағының жиілеуін келтіруге болады. Бұдан басқа, жүрек жеткіліксіздігі бар

немесе миокард инфарктін көшкен науқастардың емінде нитраттарға аралас және ұзақ әсерлі вазодилаторды (лизиноприл) немесе артериодилаторды (апрессин) қосу GISSI -3 зерттеулерінде аз болса да өлімділіктің төмендеуіне әкелді. Осы зерттеуде нитраттармен ғана емдеу кейінгі уақыттағы науқастардың тірі қалу көрсеткішін жақсартқан жоқ. Апрессин немесе лизиноприл-дің артериодилатациялық әсері, вазоконстрикциялық жүйенің әсерін тежеп, нитраттарға толеранттылықтың дамуына жол бермейтіні сөзсіз.

Қазіргі кезде нитраттарға толеранттылықтың дамуын алдын алатын дәрілік заттардың ізденісі жүріп жатыр, соның ішінде, никорандилдің (калий каналдарының белсендірушісі) орны бағалануда. Бірақ әзірге осындай терапияның клиникадағы маңызы туралы сәйкес зерттеулер берілгендері жоқ.

Сондықтан да бүгінгі күні осы мақсатпен, нитраттардың қанда болмайтын уақыт ұзақтығы 10 сағаттан кем болмайтындай, нитраттарды тағайындау тәртібін ұстану керек. Бұны, егер ретард түрін тәулігіне 1 рет, ал кәдімгі түрін күннің бірінші жартысында 2 рет тағайындағанда, іске асыру мүмкіндігі бар. Қалған уақытта керегінше стенокардия ұстамасын алдын алу мақсатымен немесе оны басу үшін нитроглицеринді немесе изосорбид динитратын таблетка түрінде, бірақ аэрозоль (спрей) түрінде тиімдірек, қолдану тиіс. Нитраттарды дәл осындай тәртіппен қабылдаудың қажеттілігі М. А. Kosmicky және пікірлестерінің жұмысында дәлелді көрсетілген [10]. Изосорбид динитратының ретард түрін үлкен дозада тәулігіне 4 рет қабылдау толеранттылықтың дамуына тез әкелді. Бұл 7 күннен кейін нитроглицеринді қосымша қабылдау күштемемен жүктеменің ұзақтығына әсер етпеуімен дәлелдененеді, ал изосорбид динитратымен терапияның бірінші күнінде осы науқастармен нитроглицеринді тіл астына қабылдауы, физикалық жүктемеге толеранттылықтың артуын қамтамасыз еткен. Бұл зерттеудегі салыстырмалы топ науқастарында, изосорбид динитратының ретард түрін тәулігіне 1 рет 80-120 мг дозада қабылдау фонында, ем бастағаннан бір аптадан кейін нитраттарға толеранттылық дамымағаны көрсетілді. Бұл, нитроглицеринді бірінші және жетінші күні қосымша қабылдау кезінде, орындалатын жүктеменің ұзақтығының бірдей артуына әкелуімен дәлелденеді.

Жедел коронарлы синдромы бар науқастарда қолдануы тиіс көктамырға енгізілетін нитроглицерин мен гепариннің өзара әсері туралы мәселе әлі шешілген жоқ. Сондықтан да, гепарин тромбин уақыты мен жартылай белсендірілген тромбопластин уақытына тежеуші әсер еткенде, изокет инфузиясына көшу қажет. Қазіргі кезде изокет гепариннің қан ұюына қарсы әсерін төмендетеді деген деректер жоқ.

Нитраттардың жанама әсерлері және оларды алдын алу. Ең жиі кездесетін жанама әсері – ол, вазодилатациямен байланысты, бассүйек ішілік қысымның жоғарылауымен түсіндірілетін, бас ауыруы. Сондықтан, қысқа әсерлі нитроглицеринді бірінші рет 0,25 мг және одан аз мөлшерде тағайындау керек. Айқын ауырсыну болмаса, доза екі еселенеді. Бірнеше күннен кейін бас ауыруы күрт азаяды немесе жойылады да, дәріні терапиялық дозада беруге болады.

Препаратты бірінші рет немесе оның көп мөлшерін қабылдағанда, әсіресе науқас вертикалды жағдайда болса, гипотония, тіпті естен тану дамуы мүмкін. Гипотония немесе естен тану, ырғақтың жиілеуімен компенсацияланбайтын, артериолалар мен

венулардың күрт дилатациясымен, қанның жүрекке келуінің төмендеуімен, жүректің аластауының күрт төмендеуімен байланысты. Бұл кездегі алғашқы көмек – аяқты көтеру, сирек жағдайда плазма алмастырушы ерітіндіні көктамырға енгізудің қажеттілігі туады. Осыған байланысты, бірінші рет нитраттарды, стенокардия ұстамасын күтпей, аз дозада және үйде қабылдаудан бастайды. Нитраттармен емделген кезде алкоголь қабылдау гипотонияны тудыруы немесе үдетуі мүмкін.

Қорытынды. Нитраттар кардиологиялық патологияның түрлі формаларын емдеуде кеңінен қолданылады. Таблетка немесе спрей түрінде нитроглицеринді сублингалды қабылдау, жедел дамыған миокардтың ишемиясын басудың алтын стандарты болып табылады. Нитраттарды көктамыр ішіне енгізу – жедел коронарлы синдромы бар науқастарды емдеудің таңдаулы әдісі. Сонымен қатар, стенокардиясы бар науқастарда нитраттар күттірмейтін жағдайда бірнеше минут ішінде физикалық немесе эмоционалды стресске толеранттылықты артырып, өмір сапасын жақсартады. Жедел және созылмалы тоқыраулы жүрек жеткіліксіздігін бақылауды қамтамасыз етуде де бұл препараттардың өз орны бар.

Әдебиеттер:

1. Ignarro L.J., Lippton H., Edwards J.C. et al. Mechanism of vascular smooth muscle relaxation by organic nitrates, nitroprusside and nitrous oxide: evidence for the involvement of S-nitroso thiols as active intermediates. *J.Pharmacol. Exp. Ther.*, 1981, 218: 739-49

2. Loscalzo J.N. – asetylcysteine potentiates inhibition of platelet aggregation by nitroglycerin. *J. Clin. Invest.* 1985, 76: 703 – 8.

3. Moncada S., Higgs A. The L-arginine – nitric oxide pathway. *N. Engl. J. Med.*, 1993, 329: 2002 – 12.

4. Iugduitt B.I. Intravenous nitroglycerin unloading in acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol.*, 1991, 68: 52 D – 63 D.

5. Yusuf S, Wittes J., Tiedman L. Overview of results of randomised clinical trials in heart disease. Treatments following myocardial infarction. *JAMA*, 1988, 260: 2088 – 93.

6. ISIS-4 (Fourth international study of infarct survival) Collaborative group. ISIS-4: randomised factorial trial accessing early oral captopril, oral mononitrate, and intravenous magnesium sulfate in 58050 patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet*, 1995, 345: 669 – 85.

7. Gruppo italiano per lo Studio della Soprawivenza nell infarcto Mocardico. GISSI-3: effects of lisinoril and transdermal glyceryl trinitrate singly and together on 6 week mortality and ventricular function after myocardial infarction. *Lancet*, 1994; 343: 1115 – 22.

8. Haiat R., Leroy G. Cardiovascular therapeutics. Cross-sectional analysis of major clinical trials. Editions Frison-Roche, 1999, 346p.

9. Horowitz J.D. Tolerance induction during therapy with long-acting nitrates: how extensive is the "Collateral damage"? *Cardiovasc. Drugs and Therapy*; 2004, 18, 1, 11-12.

10. Kosmicky M.A., Szwed H., Sadowsky Z. Anti ischemic response to sublingual nitroglycerin during oral administration of isosorbide dinitrate in patients with stable angina pectoris: when does cross-tolerance occur? *Cardio-vasc. Drugs and therapy.*, 2004, 18, 1, 47-55.

УДК 616.12-009.72-08

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПОЛИКЛИНИКЕ «ХАКИМ» ГОРОДА СЕМЕЙ

З.Л. Алимбекова

Поликлиника «Хаким», г. Семей

Резюме

При анализе критериев эффективности диспансеризации в поликлинике «Хаким» г Семей выявлено увеличение количества больных с патологией органов кровообращения взятых на диспансерный учет, а также значительное улучшение показателей в 2010 году, главным образом, за счет уменьшения смертности и первичного выхода на инвалидность. Отмечен положительный эффект скрининговых осмотров целевых групп населения, в рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан».

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ «ХАКИМ» ЕМХАНАСЫНДА ИШЕМИЯЛЫҚ ЖҮРЕК АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ДИСПАНСЕРЛЕУ

Семей қаласының «Хаким» емханасының диспансерлік бақылау жұмысына жасаған кезде анықталғаны, қан айналым жүйесінің патологиясы бар науқастар диспансерлік бақылауға көптеп алынған және 2010 жылғы көрсеткіштер жақсарған, яғни өлім мен біріншілік мүгедектік азайған. Қазақстан денсаулық сақтау «Саламатты Қазақстан» бағдарламасы бойынша, тұрғындарды топпен скринингілік қарау кезінде нәтиже байқалған.

Summary

CLINICAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE IN THE CLINIC "HAKIM" SEMEY CITY

At the analysis of criteria of efficiency of prophylactic medical examination in polyclinic "Hakim" Semey city the increase in quantity of patients with a pathology of bodies of blood circulation taken on dispensary the account and also considerable improvement of indicators in 2010 is revealed, mainly, at the expense of reduction of death rate and a primary exit by physical inability the positive effect isn'ted skrinig surveys of target groups of the population, within the limits of the Government program of development of public health services of Republic Kazakhstan «Salamatty Kazakhstan».

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место по причине выхода на инвалидность и первое место по причине смерти. Задачи профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца (ИБС) являются актуальными как для развитых стран, так и для республик бывшего СССР [1,2,3]. В Казахстане же зарегистрировано почти два миллиона человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Это 12 % экономически активного населения страны! И за последний год этот показатель увеличился в 1,5 раза. При этом удельный вес первичного выхода на инвалидность по болезням этой группы составил 23%.

Остается высоким и показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, так при анализе данных по регионам, Восточно-Казахстанская область в 2010 году занимает 3-е место по Республике что соответствует 527,6 на 100 тыс. взрослого населения. Причин для такой тревожной статистики можно указать много. Это экология, климатические условия, наследственность, факторы риска и различные провоцирующие ситуации, стрессы, неадекватное отношение к своему состоянию здоровья, поздняя обращаемость за медицинской помощью или несоблюдение рекомендаций врача. В этой связи, важное значение имеет диспансеризация населения, предусматривающая активное динамическое наблюдение на состоянии здоровья населения, включающая комплекс профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий. (3,4,5) Ежегодная диспансеризация всего населения была предложена еще в первое десятилетие Советской власти. Важнейший и наиболее трудный этап – формирование контингентов, подлежащих диспансеризации, который теснейшим образом связан с разработкой и реализацией четких критериев диагностики того или иного заболевания и определения факторов риска, повсеместное выявление больных и проведение регулярной профилактики. Ведущая роль в осуществлении диспансеризации отводится участковому врачу, который координирует работу всех других специалистов, проводит и контролирует выполнение намеченных лечебно-оздоровительных мероприятий, осуществляет пропаганду здорового образа жизни. Организация работы амбулаторно-поликлинического учреждения должна быть направлена на успешное выполнение участковым врачом этих задач. Важное значение при этом имеет оценка эффективности диспансеризации, которая должна осуществляться как в отношении каждого пациента на основе изучения динамики его состояния, результатов исследований, сведений о частоте обострений, наличии случаев утраты трудоспособности и дру-

гих, так и в отношении диспансерных контингентов в целом, прежде всего с учетом изменения группы диспансерного наблюдения, а также по показателям заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидизации, смертности.

Исходя из вышеизложенного, целью нашего исследования была оценка эффективности диспансеризации больных с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца проживающих на участке поликлиники Хаким г. Семей. На участке поликлиники «Хаким» проживает всего 13592 жителя. Из них взрослое население в возрасте от 15 лет и старше составляет -11502, в том числе 6653 мужчин и 6939 женщин, причем наибольшее число проживающихся лиц приходится на возраст от 20 до 49 лет, что составляет 6327 человек т.е. 55% взрослого населения. Диспансеризация в поликлинике «Хаким» включала: ежегодный медицинский осмотр с проведением лабораторно-инструментальных исследований для выявления заболеваний в ранних стадиях, а также обследование лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний; дообследование нуждающихся с использованием современных методов диагностики; определение состояния здоровья каждого человека; осуществление комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий больным и лицам с факторами риска и последующее систематическое наблюдение за состоянием их здоровья. Общее число лиц взятых на диспансерный учет в 2008 году составило 1950 человек из них с болезнью органов кровообращения 468 (24%), в 2009 году количество наблюдаемых в целом увеличилось и соответствовало 1968, а число больных с сердечно-сосудистой патологией стало несколько меньше (22,8%). В 2010 году число диспансерных больных значительно возросло и соответствовало 2013, что объясняется проведением скрининговых осмотров целевых групп населения, в рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан», направленную на раннее выявление социально значимых заболеваний. Следует отметить, что количество больных с патологией органов кровообращения взятых на учет за последний год возросло практически вдвое и соответствовало 721, что составило 35% из общего числа диспансерных. Эта динамика обусловлена, по-видимому, как ростом числа больных, так и активным выявлением их путем профилактических осмотров.

При анализе показателей диспансеризации больных с ИБС за последние 3 года (2009 – 2010г.г.) нами получены следующие данные. (Таблица 1).

Таблица 1. - Показатели диспансеризации больных с ИБС за последние 3 года (2009 – 2010г.г.).

Годы	ИБС											
	Всего				Стенокардия		Инфаркт		Нарушение ритма		Сердечная недостаточность	
	абс	%	муж	жен	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
2008	139	29,7	84	55	130	93	9	6,5	23	16,5	16	11,5
2009	147	32	88	58	141	95,3	6	4,0	26	17,6	18	12,5
2010	211	29,2	142	69	193	91	7	3,3	35	16,5	19	9

В 2008 году на диспансерном учете с ИБС состояло 139 больных (84 мужчин и 55 женщин) в возрасте от 35 до 65 лет, что составило 29,7% из общего числа больных с патологией органов кровообращения. При этом основными клиническими формами ИБС были стенокардия (93%), инфаркт миокарда диагностирован у 9 (6,5%), нарушения ритма у 23(16,5%), а также сердечная недостаточность у 16 (11,5%). В динамике в 2009 году число диспансерных больных увеличивается до

147 (88 мужчин, 58 женщин) и составило 32% от общего количества больных с болезнью кровообращения, а в 2010 году этот показатель значительно возрос и соответствовал 211 (142 мужчин и 69 женщин), но в процентном отношении к числу больных с сердечно-сосудистой патологией количество больных с ИБС несколько уменьшилось и составило 29,2%. Что касается клинических форм ИБС, то в 2009 и 2010 году уменьшилось число инфарктов на участке и соответствовало с 4 % в

2009 г до 3,3% в 2010 году), что возможно связано с эффективностью профилактических мероприятий, а также, своевременностью оказания неотложной помощи. Количество больных с нарушением ритма осталось без существенной динамики, в то время как осложнение в форме сердечной недостаточности несколько уменьшилось (с 12,5% в 2009г до 9% в 2010 году).

При оценке эффективности диспансеризации в качестве критериев мы проанализировали такие показатели как улучшение состояния (по уменьшению числа обращаемости, положительной динамики клинико-

функционального состояния при диспансерных осмотрах), ухудшение состояния (обострение ИБС в форме нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, впервые возникшего нарушения ритма и проводимости), первичный выход на инвалидность а также смертность. Расчет этих показателей производился в процентном соотношении числа случаев по отношению к количеству больных состоящих на диспансерном учете с сердечно-сосудистыми заболеваниями (таблица 2, рис 1).

Таблица 2.

Годы	Улучшение	Ухудшение	Первичный выход на инвалидность	Смертность
2008	85 %	9,3 %	4,3 %	1,4 %
2009	82 %	11,3 %	4,7 %	2,0 %
2010	88 %	8,4 %	1,8 %	0,4 %

Так, если в 2008 и 2009 году улучшение имело место в 85% и 82% случаев, то в 2010 в 88%, а ухудшение в 9,3%, 11,3%, и 8,4% соответственно. Первичный выход на инвалидность в 2008 году составил 4,3%, а в 2009 он несколько увеличился до 4,7%. Значительная положительная динамика по этому показателю наблюдалась в 2010 году, где первичный выход больных на инвалидность уменьшился практически вдвое и составил всего 2,3%. Что касается такого показателя как смертность, то наибольший процент составил в 2009 году (2%) и значительно снизился в 2010 году и соответствовал 0,4%. Таким образом, анализ эффективности диспансеризации указывает на значительное улучшение показателей в 2010 году, обусловленные главным образом уменьшением смертности и первичного выхода на инвалидность.

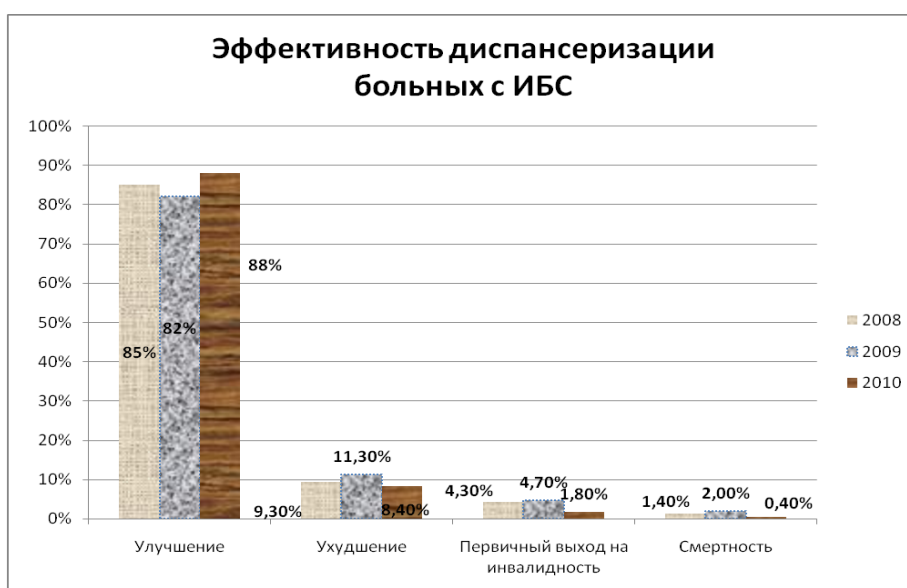
Вывод.

1. Количество больных с патологией органов кровообращения взятых на диспансерный учет в поликлинике «Хаким» за последний год возросло практически вдвое.

2. Основными клиническими формами ишемической болезни сердца на участке является стенокардия.

3. Оценка критериев эффективности диспансеризации указывает на значительное улучшение показателей в 2010 году, обусловленные главным образом уменьшением смертности и первичного выхода на инвалидность.

4. Скрининговые осмотры целевых групп населения, в рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» способствуют раннему выявлению болезней органов кровообращения, эффективной диспансеризации, уменьшению смертности и первичного выхода на инвалидность.



Литература:

1. Агеев Ф.Т., Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения //МРЖ. 2000 №15-16 С 622-626.
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Р.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования – эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) ЭПОХА-О-ХСН// Сердечная недостаточность 2003 №3 с. 116-120
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы,
4. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Оганов Р.Г. и др. Значение факторов риска в распространенности ишемической болезни сердца у мужчин, проживающих в различных климатографических зонах России, стран СНГ, Прибалтийских государств. Кардиология 1989№3 с 48-58
5. Gard R, Packer, Pitt B, Yusuf S. heart Failure in the 1990s: Evolution of major public health problem in cardiovascular medicine//I. Am Coll. Cardiol. 1993 V. 22 (Suppl A). p.3 A-5A.

УДК 616.126.42+612.171.-171.1-071

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦАМ.В. Горемыкина¹, С.К. Турсумбекова², З.С. Тыныштыкова³¹Государственный медицинский университет города Семей,
²КГКП на ПХВ «Консультативно-диагностический центр», г. Семей
³КГП на ПХВ «Экибастузская городская больница», г. Экибастуз**Тұжырым****ЖҮРЕК ДӘНЕКЕР ТІНІНҢ ДИСПЛАЗИЯСЫНЫҢ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҢ СИПАТТАМАСЫ**

Бұл мақалада митральды клапанның пролапсы және аномальді орналасқан хордалардың ультра дыбыстық диагностикалық әдебиеттер жиынтығы ұсынылған. Қазіргі таңда жүректің дәнекер тіндерінің дисплазиясының диагностикасында кардиография ақпаратты және басты әдіс болып табылады.

Summary**ULTRASONIC DESCRIPTION OF CONNECTING TISSUE OF HEART**

In the article the review of literature is presented on ultrasonic diagnostics of mitral valve prolapsed and anomalously located chords. An echocardiography to date is the very informing and key method of diagnostics of connecting tissue of heart.

В последние годы большое внимание уделяется проблеме соединительнотканной дисплазии, которая рассматривается как самостоятельный синдром мультифакториальной природы, проявляющийся внешними признаками в сочетании с дисплазией соединительной ткани и клинически значимой дисфункцией одного или нескольких органов [1-3]. К дисплазиям соединительной ткани сердца (ДСТС) относят аномально расположенные хорды (АРХ), пролапс митрального клапана (ПМК), дополнительные трабекулы сердца и другие аномалии. Основными методами диагностики ПМК и АРХ являются двухмерная Эхо-КГ и доплерография.

Именно благодаря ультразвуковому методу стало возможным прижизненное выявление изменений морфоструктуры сердца, что позволило С.Ф. Гнусаеву и Ю.М. Белозерову [4] предложить рабочую морфологическую классификацию малых аномалий сердца, в которой выделены 29 анатомических отклонений от нормы в различных отделах сердца. М. Lam [5] в 1969г., проведя морфологическое исследование распределения и расположения сухожильных хорд митрального клапана, разработал свою классификацию АРХ, впервые выявленных и описанных в 1893г. W. Turner по результатам аутопсий. Эхокардиографическое исследование и описание АРХ впервые проведено Т. Nishimuro и соавт. [6].

В кардиологической практике различают следующие аномально расположенные хорды - соединительнотканнные или мышечные тяжи: соединяющие папиллярные мышцы; отходящие от папиллярной мышцы к стенке левого желудочка; расположенные между двумя стенками желудочков (при эхокардиографическом исследовании по общепринятой методике с применением одно- и двумерной эхокардиографии). При обследовании больных с аномально расположенной хордой [3,7,8] рекомендуют определять принадлежность аномальной хорды к конкретному топографическому варианту в соответствии с классификацией А.А. Керженкова. Согласно этой классификации, стенки левого желудочка делятся на 10 сегментов по R. Widinsky, полости левого желудочка состоят из 3 отделов - апикального, срединного, базального, внутри каждого отдела миокарда ткани желудочка разделены на сегменты. Это позволяет установить пространственное расположение аномальных хорд и их топикю прикрепления. Соответственно этой классификации различают варианты АРХ: А - диагональные хорды, в том числе диагонально-срединные, базально-срединные; Б - АРХ между папиллярными мышцами; В - аномально поперечно расположенные

хорды, в том числе поперечно-апикальные, поперечно-срединные; Г - аномально продольно расположенные хорды; Д - множественные АРХ. В 95% случаев аномально расположенные хорды находятся в полости левого желудочка, в 5% - в полости правого желудочка. Они могут быть как единичными, так и множественными, расположенными в полости желудочков диагонально, поперечно и продольно [9]. В 52,6% случаев при ПМК [10] выявляли АРХ в полости левого желудочка, что говорит о нарушении развития структур сердца [11]. Проведенное Т.М. Домницкой и соавт. [12] тканевое доплеровское исследование у 55 детей в возрасте 11-14 лет с АРХ позволило авторам установить наличие в зонах прикрепления этой хорды ранних признаков нарушения сегментарной (локальной) диастолической функции в период пассивного и активного наполнения левого желудочка.

Эхокардиографическим критерием ПМК считается прогибание створок с их расхождением более чем на 3 мм [13]. Различают три степени пролабирования створок митрального клапана: первая - при глубине пролабирования от 3 до 6 мм, вторая - при систолическом прогибании створки от 6 до 9 мм и третья степень пролапса - при глубине более 9 мм. Кроме того, необходимо различать истинный пролапс створок с их волнообразным провисанием. Незначительное провисание передней створки у детей и подростков является вариантом нормы, если при этом нет митральной недостаточности. Поэтому пролабирование одной или обеих створок митрального клапана считается истинным при визуализации его в двух ультразвуковых проекциях: парастеральной по длинной оси и апикальной четырехкамерной.

Эхо-КГ-классификация миксоматозной дегенерации (МД) (Г. И. Сторожаков, 2004):

МД 0 — признаков нет.

МД I — минимально выраженная: утолщение створки 3–5 мм, аркообразная деформация митрального отверстия в пределах 1–2 сегментов. Смыкание створок сохранено.

МД II — умеренно выраженная: утолщение створок 5–8 мм, удлинение створок, деформация контура митрального отверстия, его растяжение, нарушение смыкания створок. Митральная регургитация. МД III — резко выраженная: утолщение створок больше 8 мм, створки удлиненные, множественные разрывы хорд, значительное расширение митрального кольца, смыкание створок отсутствует. Многоклапанное поражение. Дилатация корня аорты. Митральная регургитация.

Степень регургитации при ПМК зависит от наличия и выраженности миксоматозной дегенерации, количества пролабирующих створок и глубины пролабирования.

Степени регургитации:

0 - регургитация не регистрируется.

I - минимальная - струя регургитации проникает в полость левого предсердия не более чем на одну треть предсердия.

II - средняя - струя регургитации достигает середины предсердия.

III - тяжелая - регургитация по всему левому предсердию.

Различают три клинические варианта течения ПМК:

I - малосимптомный - в большинстве случаев имеет благоприятное течение;

II - клинически значимый - сочетается с регургитацией крови из левого желудочка в левое предсердие. Такие пациенты нуждаются в наблюдении, поскольку в 15% случаев регургитация нарастает;

III - морфологически значимый - значительные миксоматозные изменения митрального клапана сопровождаются нарастанием сердечной недостаточности, фибрилляцией предсердий, присоединением инфекционного эндокардита. До 90% пациентов с этим вариантом пролапса митрального клапана нуждаются в хирургической коррекции клапанного аппарата.

ПМК разделяют на первичный и вторичный - приобретенный [14]. Первичный ПМК может быть изолированным или являться частью врожденных пороков сердца, наследственных заболеваний соединительной ткани - синдрома Марфана, Элерса-Данло (группа заболеваний соединительной ткани с поражением кожи и суставов).

При первичном ПМК в основе лежит неполноценность соединительно-тканых структур и малые аномалии клапанного аппарата.

К причинам вторичного ПМК относятся: региональные нарушения сократимости и релаксации миокарда левого желудочка, связанные с воспалительным процессом (миокардит, перикардит), гипертрофией, дегенеративными изменениями; нарушение вегетативной иннервации и проведения импульса при миокардитах, экстрасистолии, синдроме WPW, при неврозах и истерии; ишемическая болезнь сердца [15],[16]; понижение эластичности ткани в результате асимметрии сокращения левого желудочка и ишемии папиллярных мышц и сухожильных хорд [17], [18]; тупая травма сердца [19].

На рисунке 1 представлена эхокардиографическая картина пролапса передней и задней створок митрального клапана.

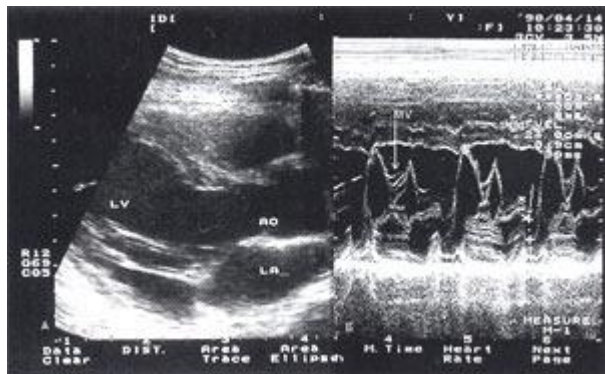


Рис. 1. Сканирование по длинной оси сердца (А) и М-сканирование на уровне митрального клапана (Б). Отмечается пролапс передней створки (стрелка вниз) и пролапс задней створки митрального клапана (стрелка вверх).

LV - левый желудочек; LA - левое предсердие; AO - аорта; MV - митральный клапан.

Таким образом, эхокардиография является очень информативным и на сегодня ключевым методом диагностики дисплазии соединительной ткани сердца. Наиболее точным методом является чрезпищеводная эхокардиография для визуальной оценки клапанов сердца и других внутрисердечных структур. Своевременное ультразвуковое обследование позволяет правильно определить тактику лечения больных с ДСТС.

Литература:

1. Земцовский Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца. Ст-Петербург. - 1999.
2. Тарасова А.А., Гаврюшова Л.П., Коровина Н.А. и др. Кардинальные проявления дисплазии соединительной ткани у детей // Педиатрия. - 2000. - №5. - С. 42-46.
3. Трисветова Е.Л., Бова А.А. Малые аномалии сердца // Клиническая медицина. - 2002. - №1. - С. 9-15.
4. Гнусаев С.Ф., Белозеров Ю.М. Эхокардиографические критерии диагностики и классификации малых аномалий сердца у детей // Ультразвуковая диагностика. - 1997. - № 3. - С.21-27.
5. Lam M. Chorda tendinea A. New classification // Circulation. - 1970. - Vol. 41. - P. 449-457.
6. Nishimuro T., Kondo M., Umadome H., Shimona Y. Echocardiographic features of false tendons in the left ventricle // Am J Cardiol. - 1981. - Vol. 48. - P.177-183.
7. Домницкая Т.М. Прижизненная диагностика и клиническое значение аномально расположенных хорд сердца у взрослых и детей // Дис. ... канд. мед. наук. М., 1990.
8. Домницкая Т.М. Исследование глубоких вен нижних конечностей с помощью ультразвуковой доплерографии у больных с аномально расположенными хордами сердца // Тер арх. - 1997. - №4. - С. 22-24.
9. Gullace G., Yuste P., Letouzey J. et al. Aspetti echocardiografici dei falsi tendini intraventricolari // G Ital Cardiol. - 1987. - Vol.17. - P. 318-328.
10. Антонов О.С., Кузнецов В.А. Эхокардиографическая диагностика аномальных хорд левого и правого желудочков сердца // Кардиология. - 1986. - № 6. - С.68-70.
11. Celano V., Daniel R., Pieroni D., Morera A.V. et al. Two-dimensional electrocardiographic examination of mitral valve abnormalities associated with coarctation of the aorta // Circulation. - 1984. - Vol.69. - P.924-932.
12. Домницкая Т.М., Алехин М.Н., Сидоренко Б.А. и др. Использование М-режима тканевого доплеровского исследования для оценки локальной диастолической функции левого желудочка у детей с аномально расположенными хордами сердца // Кардиология. - 2000. - № 5. - С.39-41.
13. Faire G., Neimann J.L., Beissel J. Le prolapsus idiopathique de la valvule mitrale // Coeur. Med. Inter. - 1980. - Vol., №3. - P.941-958.
14. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация) // СПб.: «Невский диалект» - 2000. - 271 с.
15. Мухарлямов Н.М., Норузбаева А.М., Бочкова Д.Н. Пролабирование митрального клапана (клинические варианты) // Терапевтический архив. - 1981. - №1, С. 12-11.
16. Feigenbaum H. Clinical echocardiography. Lea Febiger- Philadelphia. - 1972.
17. Heni H.E., Ybrahim Z.I. Der idiopathische Mitralkoppenprolaps. Haufigkeit bei jungen Probander. Eine echokardiographische// Untersuchung "Herz-Kreislauf". - 1980. - Vol.54. - P.707-716.
18. И. 55, №4. - P. 622-626.

УДК 616.12-008.331+613.25

ОЖИРЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

А.У. Шарипова

ВВК ДВД Павлодарской области**Тұжырым****СЕМІЗДІК ПЕН АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯ**

Құқық қорғау органдары қызметкерлерінің арасында семіздік гипертонияға әкеліп соғатын жиі себептердің бірі болып саналады. Семіздік пен артериалды гипертония арасында тура байланыс бары байқалады. Салмақ неғұрлым көп болса соғұрлым қан қысымы жоғары. Салмақ азая бастағанда қан қысымы да төмендейді. Семіздікті емдеуге жүйелі түрде келу: салмақты коррекциялау; диетаны сақтау; зат айналымын жақсартатын сиофор және гипертонияны емдейтін препараттарды қабылдау АПФ ингибиторы; бета блокаторлар; диуретиктер т.б жүрек қан тамырлары асқынуы және қант диабеті болмауға мүмкіндік береді.

Summary**OBESITY AND HYPERTENSION**

Obesity is one of frequent causes leading to the development of arterial hypertension among employees of law enforcement agencies. There was a direct connection observed between obesity and the development of arterial hypertension: the more weight is, the higher is blood pressure. When losing weight the level of ABP reduces, too. The complex approach to weight-reducing treatment: weight correction, dieting, taking medicine improving metabolism (siophore) and hypertension (ACE inhibitors, beta blockers, diuretics, etc.) – provides an opportunity to avoid the development of cardiovascular complications and diabetes mellitus.

Ожирение и Артериальная гипертония (АГ) проблема современной медицины, обусловленная множеством ассоциированных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений. Актуальность рассматриваемой темы обусловлена тем, что во всем мире в последние годы наблюдается значительное увеличение числа людей, имеющих ожирение [1]. Ожирение в настоящее время рассматривают, как один из основных факторов, способствующих развитию заболеваний, которые являются главными причинами в структуре смертности среди взрослого населения. В 1-ю очередь речь идет о развитии сахарного диабета 2-го типа, а также сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях [2]. Увеличение веса на 1 кг увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний на 3,1% и диабета на 4,5-9% [3]. Известно, что при ожирении риск развития АГ-фактора, также, значительно влияющего на появление таких ССЗ, как инфаркты и инсульты, увеличен втрое по сравнению с людьми, имеющими нормальную массу тела. Как показано в исследовании INTERSALT, на каждые 4,5 кг прибавки веса систолическое АД увеличивается на 4,5 мм рт.ст. [4]. Среди лиц с избыточной массой тела АГ встречается в 5-6 раз чаще, чем у лиц с нормальным весом. Это объясняется тем, что метаболические изменения имеющее место при ожирении, принимают активное участие в патогенетических механизмах повышающих АД. Между ожирением и АГ существует тесная патогенетическая связь. Ожирение предрасполагает развитию АГ, а АГ способна вызвать снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и в последующем ожирение. Вероятность развития АГ у лиц с избыточной массой тела на 50% выше, чем у лиц с нормальной массой тела (Фремингемское исследование). Значительно чаще АГ сочетается с центральным типом ожирения, которому сопутствуют такие симптомы, как инсулино-резистентность, нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), дислипидемия, что и послужило основанием для выделения их в отдельный метаболический синдром. Известно, что на частоту сердечных сокращений и артериальное давление оказывает влияние симпатическая нервная система и оказывает огромное влияние на метаболические процессы. Особенности современного ритма жизни определяют постоянно растущий уровень стресса, в этих условиях повышается активность симпатической системы,

наблюдается дисбаланс выброса катехоламинов. На начальных этапах происходит восстановление баланса во сне, при дальнейшем воздействии стрессовых ситуации происходит срыв механизмов саморегуляции. Даже во сне определяется повышение уровня катехоламинов. Запускается каскад патофизиологических реакции:

- увеличивается выработка ренина и альдестерона.
- повышается уровень глюкозы.
- формируется инсулинорезистентность.
- увеличивается общее периферическое сопротивление с постепенным ремоделированием сосудистой стенки.

Вышеперечисленные реакции запускаются задолго до клинических проявлений. Гиперактивность симпатической нервной системы развивается только из-за значительных изменений в образе жизни человеческой популяции:

- снижение двигательной активности.
- увеличение калорийности пищи
- преобладание в рационе жиров и легкоусвояемых углеводов обуславливает пандемию ожирения.

Среди сотрудников правоохранительных органов ожирение в сочетании с АГ также является одним из актуальных проблем т.к. являются одним из частых причин приводящих к негодности к военной службе, не достигая предельного возраста и к инвалидизации.

Цель работы: Раннее выявление среди сотрудников правоохранительных органов причин развития ожирения и АГ и предупреждение сердечно-сосудистых осложнений: (ИБС, инсульт а также сахарного диабета и др).

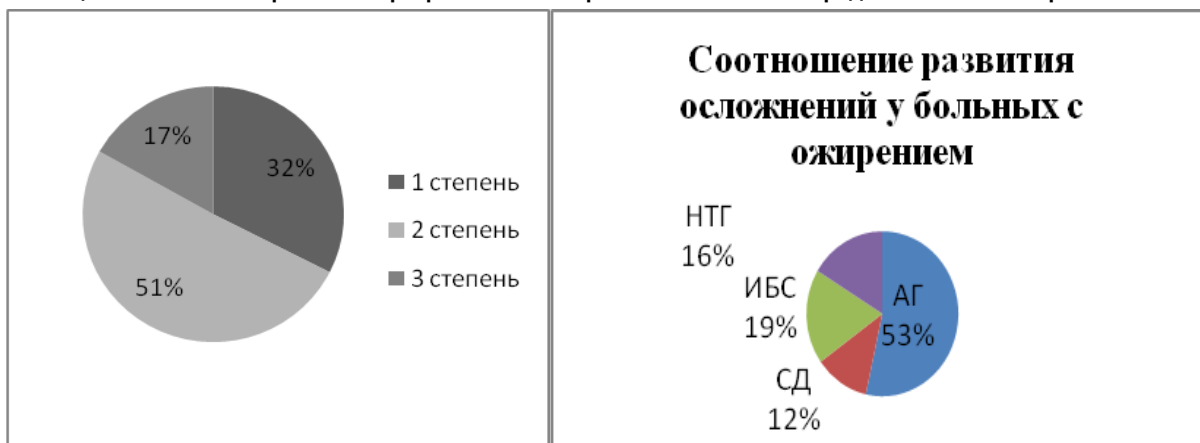
Материалы и методы исследования: Исследованы 28 сотрудников (внутренних органов) в возрасте от 25 до 45 лет (30 мужчин, 15 женщин) за 3 года (2008, 2009, 2010г.р).

Средний возраст в группе составил в среднем 36,5±3,5 года. У всех освидетельствованных ИМТ > 26 кг/м², в среднем по группе составил 32,2±1,8кг/м². Критериями включения сотрудников в исследование являлись: рост, вес, ИМТ, показатели АД за последние 3-года, (по амбулаторным картам – форма 25у), лабораторные исследования крови: на сахар, липидный спектр, инструментальные методы исследования, ЭКГ, УЗИ сердца и органов брюшной полости, рентгенография черепа и т.д.

Результаты исследования: Сделан анализ за 2008-2009-2010г.г среди сотрудников(внутренних органов) страдающих ожирением и развитие у них в последующем артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых осложнений. Из 43 больных с ожирением у 23-х (53%) развилась АГ:1 степень-7(32%); 2-степень-12(51%); 3-я степень-4(17%); ИБС – у 8(19%); Сахарный диабет 2-го типа- у 5-(12%); НТГ-7(16%). При лабораторном исследовании наблюдались нарушения липидного спектра - у 20(46,5%). Из 23-х 19-сотрудников страдающих ожирением кроме базового лечения по гипертензии (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, диуретики и т.д) , получали сиюфор в течение 1-го года по 500мг 2 раза в день под контролем сахара, а также соблюдали диету (исключили из рациона сладости, мучные изделия). Из

них у 12-ти больных на фоне снижения веса на 7-8 кг за 1-год АД снизилось до 130/80-135/85 мм.рт.ст. (исходное АД 160/100-170/110), нормализовался липидный спектр ; у 7-ми на фоне снижения веса на 3-4 кг АД снизился до125/75-130/80 (исх. 150/95, 160/100). 5-человек получали только базовое лечение по АГ (без сиюфора, не всегда соблюдали диету). При этом вес оставался на прежнем уровне у -2-х; прибавили в весе на 1,5-2кг - 3-е-больных. Стационарное лечение с ухудшением АГ получили - 3;. 4 - человека базовое лечение по АГ и лечение по коррекции веса назначенное эндокринологом принимали не регулярно и не соблюдали диету. Из них у 3-х развился сахарный диабет 2-го типа, у 1-го развился инсульт. Признаны, не годными к воинской службе - 4, ограниченно годными к службе - 7.

Таблица - Соотношение развития артериальной гипертензии по степеням среди больных с ожирением.



Выводы: Ожирение является одним из частых причин, приводящих к развитию артериальной гипертензии среди сотрудников правоохранительных органов. Наблюдалась прямая связь между ожирением и развитием артериальной гипертензии: (чем больше вес тем выше АД). При снижении веса снижался и уровень АД. Комплексный подход к лечению ожирения: коррекция веса, соблюдение диеты, прием препаратов улучшающих обмен веществ (сиофор) и гипертензии (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, диуретики и т.д.) дает возможность избежать развития сердечно-сосудистых осложнений и сахарного диабета.

Литература:

1. Flegal K.M,Carroll M.B,Ogden C.K,Johncon C.I.Prevalence and trends in obesity among US adults 1999-2000 JAMA 2002; 288;1723-7.
2. Pi-Sunyer F.X. The epidemiology of central distribution in relation to disease.Nutr Rev2004;62(7):120-6.
3. Arbeeny C.M. Adressing the unmet medical need for safe and effective weight loss therapies. Obes Res 2004;12(8):1191-6.
4. Stamler J.,Rose G.,StamlerR.,et al.INTER-SALT study findings.Public health and medical care implications.Hypertension 1989;14(5);570-7.

УДК 613.25+616-08

ОСНОВНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ВЕСЕ И ОЖИРЕНИИ

Б.М. Валитова

Поликлиника Павлодарского района

Резюме

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

Тұжырым

АРТЫҚ САЛМАҚ ЖӘНЕ СЕМІРУДЕГІ ЕМДЕУДІҢ НЕГІЗГІ ӘДІСТЕРІ

Денсаулық сақтауды бүкіләлемдік ұйым ХХІ ғасырдың жаңа инфекция емес індетімен семіруді мақұлдады. Денсаулық сақтауды бүкіләлемдік ұйымының соңғы бағалар бойынша, галамшарда мол салмағы адамдарның миллиардтан көп болады. Дененің мол массасы бар тұлғаларының санының тұрақты үлкеюі соңғы жыл атап өтеді, еңбекке жарамды тұрғынның арасында әсіресе, сондықтан семіруді мәселе дәрігерліктің көкейкесті мәселелерін бірі болып табылады.

Summary

THE MAIN METHODS TREATMENT OF OVERWEIGHT AND OBESITY

World Health Organization (WHO) recognized obesity by new infectious "epidemic of the XXI century" According to the latest WHO estimates, more than a billion people in worldwide have overweight. In recent years there has been a steady increase in the number of people who have overweight, especially among working-age population, so the problem of obesity is one of the most pressing medical problems.

Распространенность ожирения растет во всем мире. Свыше миллиарда людей в мире страдают от избыточного веса и ожирения. Среди взрослого населения США лишняя масса тела выявлена у каждого пятого жителя, в Северной Америки и Большой Британии у каждого третьего, Германии – у каждого второго. Особое беспокойство вызывает ожирения среди детей: в Великобритании чрезмерную массу тела имеют 20% детей и подростков, в Испании 27%, в Греции – 31%, в Италии – 36%. В России лишний вес имеют 50% женщин и 30% мужчин. Контроль массы тела является одним из главных приоритетов здравоохранения, намеченных на будущее.

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

Выделяют алиментарно-конституциональное, гипоталамическое и эндокринное ожирение. Алиментарно-конституциональное ожирение носит семейный характер, развивается, как правило, при систематическом переедании, нарушении режима питания, отсутствии адекватной физической нагрузки, часто у членов одной семьи или близких родственников. Гипоталамическое ожирение возникает вследствие нарушения гипоталамических функций и в связи с этим имеет ряд клинических особенностей. Эндокринное ожирение является одним из симптомов первичной патологии эндокринных желез: гиперкортицизма, гипотиреоза, гипогонадизма. Однако при всех формах ожирения имеются в той или иной степени гипоталамические нарушения, возникающие либо первично, либо в процессе развития ожирения [1]. Ожирение можно определить, как избыточное накопление жира в организме, представляющее опасность для здоровья. Оно возникает, когда поступление энергии в организм с пищей превышает энергетические расходы. Избыточная масса тела означает лишь то, что масса тела конкретного человека превышает ту, которая считается нормальной для его роста. Общим признаком всех форм ожирения является избыточная масса тела. Выделяют четыре степени ожирения и две стадии заболевания – прогрессирующую и стабильную. При I степени фактическая масса тела превышает идеальную, не более чем на 29%, при II – избыток составляет 30-40%, при III степени-50-99%, при IV-фактическая масса тела превосходит идеальную на 100% и более. Иногда степень ожирения оценивается по индексу массы тела, вычисляемому по формуле: $\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$, за норму принимается индекс массы, составляющий 20-24,9, при I степени – индекс 25-29,9, при II – 30-40, при III – более 40. Больные I-II степенью ожирения обычно жалоб не предъявляют. При более массивном ожирении беспокоят слабость, сонливость, снижение настроения, иногда нервозность, раздражительность; тошнота, горечь во рту, одышка, отеки нижних конечностей, боль в суставах, позвоночнике. При гипоталамическом ожирении часто беспокоят повышенный аппетит, особенно во второй половине дня, чувство голода ночью, жажда. У женщин – различные нарушения менструального цикла, бесплодие, гирсу-

тизм, у мужчин – снижение потенции. Нечистота и трофические нарушения кожи, мелкие розовые стрии на бедрах, животе, плечах, подмышечных впадинах, гиперпигментация шеи, локтей, мест трения, повышение АД. При электроэнцефалографическом исследовании больных с гипоталамическим ожирением выявляются признаки поражения дизэнцефальных структур мозга. Определение экскреции 17-ОКСи 17-КС часто выявляет их умеренное повышение. Для дифференциальной диагностики гипоталамического ожирения и гиперкортицизма проводят малый дексаметазоновый тест, рентгенологическое исследование черепа и позвоночника. При наличии жажды, сухости во рту определяют содержание сахара в крови натощак и в течение суток, по показаниям проводят глюкозотолерантный тест. При нарушениях менструального цикла – гинекологическое исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, измерение ректальной температуры, другие тесты функциональной диагностики.

Лечение. Общий подход. К нему относят соблюдение правильного рациона питания и физические упражнения. Неизбежное и тягостное чувство голода может быть связано с вредной привычкой к перееданию, недостаточным количеством низкокалорийной пищи с клетчаткой или недостатком движений (ежедневно пять км бега/ходьбы). Только если такой общий подход неэффективен переходят к медикаментозному лечению. При лекарственном лечении ожирения испытывают все известные препараты для его лечения, и если результат оказывается незначительным или его нет, то необходимо прекратить такое лечение [2]. В связи с вероятностью возникновения побочных эффектов, рекомендуется, чтобы препараты против ожирения назначал врач, когда есть надежда, что польза от такого лечения возмещает над его риском [3, 4].

Механизм действия препаратов для лечения ожирения.

Препараты против ожирения действуют одним или более из ниже перечисленных механизмов:

- Подавление аппетита.
- Основные средства — это катехоламины и их производные (средства, основанные на амфетамине).
- Средства, блокирующие каннабиноидные рецепторы, могут явиться стратегией будущего для подавления аппетита.
- Усиление обмена веществ в организме.
- Влияние на способность организма усваивать из пищи определенные питательные вещества. Например, Орлистат (также известный, как Ксеникал или Орсотен) блокирует расщепление жиров, чем предупреждает их усвоение. С целью подавления пищеварения и уменьшения усвоения калорий применяют отпускаемые без рецепта Глюкоманн как пищевую добавку, содержащую клетчатку, и жевательную резинку с содержанием гуара.

Препараты центрального действия, называемые анорексиками, предназначены для подавления аппетита, но большинство средств из этой группы действуют возбуждающе (например, декседрин), в связи с чем больные применяют для подавления аппетита другие средства вне их прямого назначения (например, дигоксин). У больных, страдающих сахарным диабетом второго типа

назначается препарат медформин (сиофор) фирмы Берлин-хеми. Начальная суточная доза сиюфора обычно составляет 850-1000 мг. Препарат принимается вместе с пищей, при необходимости через неделю от начала терапии при условии отсутствия побочных эффектов доза препарата может быть увеличена до 850-1000 мг дважды в сутки. Оптимальная суточная доза сиюфора 1500-2000мг. Также, следует подчеркнуть его положительное влияние на метаболизм липидов. Среди побочных действий сиюфора следует отметить диарею и другие диспептические явления (металлический вкус во рту, тошнота, анорексия), которые часто наблюдаются в начале терапии, а затем самостоятельно проходят через несколько дней. Противопоказаниями являются дыхательная недостаточность и гипоксические состояния, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность, опухолевые заболевания, алкоголизм, анемия, беременность и лактация, детский возраст до 12 лет.

Побочные реакции после приема препаратов для лечения ожирения.

Некоторые препараты против ожирения вызывают тяжелые и часто угрожающие жизни побочные реакции. Эти побочные реакции часто связаны с механизмом их действия. В целом, возбуждающие средства повышают риск высокого кровяного давления, вызывают более частый ритм сердца и учащенное сердцебиение, острый приступ глаукомы, развитие привыкания к препарату, беспокойство, возбуждение и бессонницу.

Орлистат блокирует всасывание жиров из принимаемой пищи и в итоге может вызвать частый жиросодержащий стул (стеаторею), боль в желудке, повышенное газообразование.

Недостаточность современных знаний

Ограниченность эффективности препаратов против ожирения состоит в том, что мы не полностью понима-

ем нервный механизм, лежащий в основе аппетита, и как управлять им. Очевидно, то, что аппетит — это важный инстинкт, обеспечивающий выживание. Подлежит более подробному обсуждению вопрос о том, что лекарства, которые лишают аппетита, могут вести к высокому риску смертности и неприемлемы для клинического применения. В связи с тем, что тело человека использует различные химические соединения и гормоны для защиты своих запасов жира (реакцию, которая, вероятно, была полезна нашим предкам, во времена недостатка пищи), до сих пор не найдена та «серебряная пуля» или путь для полного преодоления этой естественной привычки к защите избыточных запасов пищи. По этой причине препараты против ожирения не выступают в качестве долговременного решения для людей с избыточным весом.

Литература:

1. Мельниченко Г.А. Ожирение в практике эндокринолога. Русский мед. журнал, 2001, том 9, No 2: 82-87.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 43: Obesity: The prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. London, 2006.
3. Snow V, Barry P, Fitterman N, Qaseem A, Weiss K (2005). «Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care: a clinical practice guideline from the American College of Physicians». Ann. Intern. Med. 142 (7): 525-31.
4. Cooke D, Bloom S (2006). «The obesity pipeline: current strategies in the development of anti-obesity drugs». Nature reviews. Drug discovery 5 (11): 919-31. doi: 10.1038/nrd2136.
5. Ахметов А.С. Ожирение – эпидемия XXI века. Тер архив 2002; No 10: 5-7.

УДК 617.75-616-097

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ СПИД

¹Л.Г. Гиря, ¹Н.С. Шакинова, ²В.Р. Дадебаева, ²Е.Е. Жампозов, ²Г.А. Еркимбекова, ²В.И. Фоминых, ²А.Ш. Смагулова, ²Л.П. Боровикова, ²У.А. Апухтина, ²А.В. Киндер, ³Б.Б. Исабаева, ⁴М.Е. Сандыбаева, ⁵А.С. Адильгожина

Государственного медицинского университета города Семей, Кафедра онкологии, оториноларингологии и офтальмологии¹, Учреждение «Офтальмохирургия»², г. Семей, Поликлиника «Хаким»³, Поликлиника №1 смешанного типа⁴, Поликлиники АО «ЖГМК Семейская железнодорожная больница» г. Семей⁵

Резюме

В статье представлен обзор литературных данных о глазных проявлениях СПИДа у больных с ВИЧ-инфекцией. Выделены главные симптомы данного заболевания органа зрения и его ранние наиболее характерные проявления, отличающиеся выраженной тяжестью общего и местного процесса. Обосновано проведение комплексной терапии данной офтальмопатологии.

Тұжырым

ЖҰҚТЫРЫП АЛҒАН ИММУН ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ СИНДРОМЫНДА (ЖАИТС) КӨЗ АҒЗАСЫНЫҢ ЗАҚЫМДАЛУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

Мақалада науқастарда жұқтырып алған иммун тапшылығының синдромында көз жазғынан болатын өзгерістер туралы әдебиетке жасалған шолу нәтижелері келтірілген. Көз ағзасында болатын басты белгілері және олардың ішінде ерте де, алдын ала білінетін, тек осы ауруға сай, жалпы және жергілікті айқын ауырлықпен өтетін белгілері жекеленген. Көздегі өзгерістердің кешенді емі негізделген.

Summary

CLINICAL MANIFESTATIONS OF OCULAR PATHOLOGIES IN HIV

The paper presents literature review on ocular manifestation of HIV infection. The major ocular signs together with early manifestations that are characterized by profound severity of topical and systemic pathologic process are described. The complex therapy in topical and systemic complications is stated.

По данным ВОЗ число людей с ВИЧ-инфекцией [1] в мире составляет более 40 млн. чел., детей – 2,2 млн. В общей структуре ВИЧ-инфицированных значительную часть составляют женщины фертильного возраста.

Выделяется 3 вида патологии, вызываемой ВИЧ – СПИД, СПИД-связанные заболевания и ВИЧ-неврологические заболевания.

Глазные проявления при этом довольно разнообразны и наблюдаются у больных в 70-75% случаев [1,2,3,4,5], могут быть первым клиническим проявлением болезни и чаще наблюдаются при СПИДе. *Формами* проявления *глазной* ВИЧ-инфекции являются вирусные, бактериальные, грибковые инфекции органа зрения, паразитарные заболевания, неинфекционные поражения конъюнктивы, роговицы, сетчатки, опухоли, неврологические нарушения со стороны глаз.

Ранними проявлениями СПИДа органа зрения являются *кератомикозы* – стромальные кератиты, язвы. Возбудителями этих процессов могут быть [4,6] *Candida albicans*, *Candida parapsilosis*, *Cryptococcus*, вызывающие общую диссеминированную инфекцию с поражением центральной нервной системы (ЦНС) и лёгких.

Вирусные инфекции проявляются в виде *аденовирусных* процессов, реже – *герпетических* в виде *herpes zoster* (раннего клинического глазного маркера ВИЧ-инфекции), кератитов, увеитов, ретинитов - в т.ч. некротических, чаще – периферических и, особенно, периваскулитов [7]. Но наиболее встречаемой в клинике формой этой инфекции в глазу является [1,2,3,5] *цитомегаловирусный* (ЦМВ) ретинит. Часто, но необязательно, он сочетается с общей мегаловирусной инфекцией, имеет хроническое подострое (2-3 мес. и больше) течение и, обычно, двусторонний [8]. Офтальмоскопически характеризуется наличием ватообразных очагов на сетчатке (наиболее характерным глазным симптомом при глазном СПИДе), некрозом её, прогрессирующими геморрагиями с последующей дистрофией и слепотой.

Наиболее грозное проявление СПИДа - некротический ретинит - наблюдается на фоне и других *оппортунистических* тяжёлых диссеминированных инфекций - кишечных, ЦНС, пневмоний и их сочетаний [9].

Другой клинической особенностью проявления СПИД со стороны глаз является развитие *злокачественных опухолей* кожи век и конъюнктивы, в частности, саркомы Капоши конъюнктивы – признак полиорганных поражений [10-13].

Из *специфических* инфекций - редко встречаются при СПИДе [14] *туберкулёзный* (при сочетании с ЦМВ – процесс наиболее тяжёлый, диссеминированный) и *сифилитический* хориоретинит [15], а *токсоплазмозный* – развивается или как первичное проявление СПИДа, или как сопутствующее с поражением центральной нервной системы [16]. Более частые и тяжёлые [3,4] поражения глаз при СПИДе отмечаются на фоне *МАС-инфекции*, особенно общей (атипичными микобактериями *Micobacterium avium-intracellulare*) в виде тяжёлых иридоциклитов, некротического ретинита, перифлебитов, папиллита [13,17,18].

Неинфекционные поражения глаз при СПИДе также многообразны – васкулиты (на периферии сетчатки – ранний глазной симптом проявления ВИЧ), ватообразные очаги, геморрагии, ишемия макулы [1,2,3,5,13,18]. Могут наблюдаться венозная застой, отёк диска зрительного нерва, его доколорация. Развитие данных процессов связывают с супрессией Т-клеточного звена иммунитета и повышенным уровнем циркулирующих иммунных комплексов при СПИДе [3,4].

К числу основных глазных проявлений заболевания относят также *двигательные расстройства* глаз [3,5,9,13] в виде параличей глазодвигательных мышц и зрачка. Это проявляется в виде отсутствия или ограничения подвижности глазного яблока в ту или иную сторону (в зависимости от поражения какой-либо мышцы или группы мышц), паралитического косоглазия, а также мириаза и ослабления или отсутствия зрачковых реакций.

Таким образом, определяются 4 наиболее характерные глазные проявления СПИДа – ЦМВ-ретинит, ватообразные ретинальные очаги, саркома Капоши конъюнктивы и нарушения мышечного аппарата глаз. К ранним глазным симптомам заболевания относятся – грибковые кератиты и периферические периваскулиты сетчатки (особо важный диагностический признак). Следовательно, реабилитация глазных больных СПИДом должна включать не только раннюю диагностику данной патологии, но и лечение специфическими и патогенетическими средствами, как ВИЧ-инфекции, так и терапию (общую и местную) оппортунистических инфекций, вызывающих настолько тяжёлые глазные изменения, которые инвалидируют больных.

Литература:

1. Сайдашева Э.И. Избранные лекции по неонатальной патологии / Э.И. Сайдашева, Е.Е.Сомов Е.Е., Н.В. Фомина.– СПб.: Издательство «Нестор-История», 2006.- С. 202-225.
2. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение / Покровский В.В. [и др.]. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 370 с.
3. Инфекционные болезни с поражением органа зрения / Ю.В. Лобзин [и др.]. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003. – С. 108-111.
4. American Academy of Ophthalmology Basic and Clinical Sciences Course Volume 1 – Update on general medicine. - 2007-2008. - 36-51.
5. American Academy of Ophthalmology Basic and Clinical Sciences Course Volume 9 – Intraocular inflammation and uveitis. - 2007-2008.- 335-356.
6. Santos C., Parker P., Dowson C., Ostler B. // Amer. J. Ophthalmol. – 1986. – 102. – 1. – 118-119.
7. Sandor E.V., Millman A., Croxson T.S., Mildvan D. // Amer. J. Ophthalmol. – 1986. – 101. – 2. – 153-155.
8. Henry K., Cantrill H., Fletcher C. et al. // Amer. J. Ophthalmol. – 1986. – 102. – 1. – 118-119.
9. Freeman W.R., O'Connor C.R. // Amer. J. Ophthalmol. – 1984. – 98. – 235-237.
10. Holland G.N., Gotteieb M.S., Yee R.D. et al. // Amer. J. Ophthalmol. – 1982. – 93. – 4. – 393-403.
11. Khadem M., Kalish S.B., Goldsmith J.A. et al. // Arch. Ophthalmol. – 1984. – 103. – 2. – 201-206.
12. Mann J. // World Health Forum. – 1987. - 8. – 3. – 361-370.
13. Palestine A.S., Rodrigues M.M., Macher A.M.// Ophthalmologi. – 1984. – 91. – 1092-1099.
14. Croxatto J.O. // Amer. J. Ophthalmol. – 1986. – 102. – 5. – 659-660.
15. Stoumbos V.D., Klein M.L. // Amer. J. Ophthalmol. – 1987. – 103. – 1. – 103-104.
16. Weiss A., Margo C.E., Ledford D.K. et al. // Amer. J. Ophthalmol. – 1986. – 101. – 2. – 248-249.
17. Chang M., Van der Horst C.M., Olney M.S., Peiffer R.L.//Ann. Ophthalmol. – 1986. – 18. – 3. – 105-111.
18. Kestelyn P., Van de Perre P., Rouvroy D. Et al. // Amer. J. Ophthalmol. – 1985. – 100. – 230-238.

УДК 617.7-08

**ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА**

А.И. Аширова

*Республиканский диагностический центр, г.Астана***Резюме**

В данной статье проведен анализ результатов клинических исследований и литературных данных. Проведенное исследование показало, что применение антиоксидантов в комплексной терапии КЗС положительно влияет на самочувствие пациентов, что выражается в уменьшении частоты возникновения вышеперечисленных жалоб.

Тұжырым**КОМПЬЮТЕРЛІК КӨРУ СИНДРОМЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕГІ АНТИОКСИДАНТТАРДЫҢ ҚОЛДАНЫЛУЫ**

Жұмыста стрикс препаратын қолданудағы жеке зерттеу нәтижелері мен әдебиеттегі жұмыстар нәтижелерінің анализі қорсетілген. Оның компьютерлік көру синдромы бар науқастардың шағымдарының азаюына және көру органының функциональдық қорсеткіштеріне айтарлықтай оң әсер тигізетіні туралы айтылған.

Summary**USING OF ANTIOXIDANTS IN COMPLEX THERAPY OF THE COMPUTER VISUAL SYNDROM**

In the article consist date of literature and results after the Strix treatment decrease of characteristic complaints, increase of visual acuity with correction, decrease of refraction power and increase of accommodation volume were registered.

За последние 10 лет компьютер стремительно «ворвался» в нашу жизнь и из предмета роскоши превратился в рабочий инструмент для большинства профессий. Но эволюционно наш орган зрения предназначался для работы вдаль и глаз еще не полностью адаптировался к высокой зрительной нагрузке вблизи (чтение, письмо и т.д.). Появление же монитора компьютера в десятки раз повысило нагрузку на глаза. Наш орган зрения поставлен в настоящее время в экстремальные условия. Подтверждение тому - появление одной из разновидностей профессиональной офтальмопатии - компьютерного зрительного синдрома (далее КЗС) [3,9].

Актуальность темы бесспорна, так как прирост числа компьютеров только в нашей стране составляет более 500 тысяч в год, и будет расти дальше [4]. По разным статистическим данным от 65 до 75% пользователей персональных компьютеров страдают от КЗС.

Работы ряда офтальмологов [1,6,9] показали, что при КЗС нет патогномичных симптомов и крайне мало объективных изменений со стороны органа зрения. КЗС включает в себя множество разнообразных неспецифических жалоб: жалобы на неприятные ощущения в глазах (зуд, жжение, покраснение глазных яблок и др.), жалобы на зрение в целом (затуманивание, замедленная перефокусировка и др.) и жалобы общего характера (слабость, головокружение, боль в области шеи и др.), которые, непосредственно, связаны с работой за экраном монитора [4,5]. Указанные жалобы встречаются практически у всех пользователей через 6 и более часов работы за экраном монитора [7].

Было доказано ранее [6,7], что в возникновении зрительных расстройств виноват сам характер экранного изображения. Оно значительно отличается от бумажного изображения, так как является самосветящимся, менее контрастным, мерцает, состоит из точек-пикселей. На зрительное утомление влияет также неподвижная поза оператора, необходимость постоянного перемещения взгляда с экрана на клавиатуру и возможные погрешности в организации рабочего места (слишком яркое общее освещение, блики на мониторе и др.). С этих позиций оправдан ряд профилактических мероприятий, направленных на приближение экранного изображения к естественному, правильную организацию труда пользователя персональным компьютером.

С другой стороны, длительную работу за монитором компьютера можно рассматривать как стрессовый ре-

жим для органа зрения, а как любой стресс, он сопровождается нарушением окислительно-антиоксидантного баланса с образованием свободных радикалов (далее СР). Как известно, СР участвуют в патогенезе более 100 различных заболеваний, в том числе глазных. СР способствуют повреждению биологических мембран, вызывая гипоксию тканей и выделение медиаторов воспаления. Помогает противостоять повреждающему действию СР антиоксидантная система. Она включает в себя ряд витаминов (А, Е, С), микроэлементов (цинк, селен, марганец, медь), каротиноиды, антоцианозиды черники и др. [2]. Сохранение равновесия между повреждающим действием свободных радикалов и антиоксидантной защитой - основа для нормального функционирования живых систем. С этих позиций оправдано применение препаратов, содержащих антиоксидантов при КЗС.

Цель работы: клиническая оценка эффективности применения антиоксидантов на примере препарата Стрикс, производимого фармацевтической компанией «Ферросан А/С» (Дания) комплексной терапии компьютерного зрительного синдрома.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского диагностического центра. Была отобрана группа пациентов в количестве 18 человек с установленным диагнозом: компьютерный зрительный синдром. Все обследуемые по роду своей деятельности проводили перед экраном монитора более 6 часов в день (экономисты, бухгалтеры, менеджеры и др.). Данный диагноз устанавливался после тщательного сбора анамнеза и при наличии характерных жалоб на ухудшение зрения и неприятные ощущения в глазах, которые непосредственно были связаны с работой за экраном монитора и не могли быть обусловлены другими глазными заболеваниями. Характерно было то, что во время отпуска или в выходные дни, когда не было работы с монитором, жалобы отсутствовали или значительно уменьшались.

Всем пациентам проводилось полное диагностическое обследование, которое включало тщательный сбор анамнеза и жалоб, визометрию с коррекцией и без коррекции, кераторефрактометрию, определение резерва аккомодации по методу Аветисова – Шаповалова, эхобиометрию, тонометрию, оценку периферического зрения с помощью компьютерной статической периметрии, прямиую офтальмоскопию.

В исследование включено 18 человек. Возраст пациентов составил от 19 до 38 лет (в среднем - 25 лет). Женщин - 10 человек, мужчин - 8. Состав группы по рефракции: эметропия - 6 человек, аметропия слабой степени - 12 человек.

В качестве антиоксидантной терапии нами был выбран лекарственный препарат Стрикс компании «Ферросан», который содержит 82,4 мг сухого экстракта черники, что соответствует 200 мкг витамина А. Препарат применялся по 1 таблетке 2 раза в день в течение двух месяцев. После лечения обследование повторяли.

Следует отметить, что препарат Стрикс назначали только после выполнения ими всех профилактических немедикаментозных мероприятий, направленных на возможное устранение КЗС.

Для оценки эффективности проводимой терапии нами была составлена специальная анкета-вопросник для пациентов, в которой отмечались характерные жа-

лобы до и после лечения препаратом Стрикс. Полученные данные сведены в таблицу 1. Оценивались в ходе лечения и динамика основных функциональных показателей (табл.2).

Результаты. Проведенное исследование показало, что применение антиоксидантов (на примере Стрикс) в комплексной терапии КЗС положительно влияет на самочувствие пациентов, что выражается в уменьшении частоты возникновения вышеперечисленных жалоб (табл.1). В особенности это действие сказывается на уменьшении частоты таких симптомов, как затуманивание (8 человек), чувство тяжести в глазах (7 человек), замедленная перефокусировка с ближних объектов на дальние и обратно (6 человек), быстрое утомление при чтении (6 человек), трудности в восприятии печатного текста (5 человек) (табл.1). Общее количество исследуемых пациентов - 18.

Таблица 1. - Динамика жалоб на фоне применения препарата Стрикс.

Жалобы	До лечения, кол-во человек	После лечения, кол-во человек
Зуд	7	5
Ощущение песка в глазах	7	6
Покраснение глазных яблок	18	13
Боли в области глазниц и лба	15	8
Затуманивание	18	10
Чувство тяжести в глазах	18	8
Замедленная перефокусировка	15	10
Двоение предметов	4	3
Быстрое утомление при чтении	13	6
Трудности в восприятии печатного текста	12	7
Ухудшение зрения вдаль	13	7

Таблица 2. - Динамика функциональных показателей на фоне применения препарата Стрикс.

Методика	До лечения	После лечения
Острота зрения с коррекцией	0,95±0,09	1,2±0,05
Рефрактометрия	-1,0-+0,1	-0,5-+0,09
Тонометрия мм рт.ст.	17,8	17,8
Поле зрения по 8 меридианам		Без изменения
Объем аккомодации, дптр	9,1±0,4	9,6±0,26

Таким образом, на фоне применения препарата Стрикс достоверно увеличивалась острота зрения с коррекцией, незначительно уменьшилась сила рефракции, также отмечались тенденции к увеличению объема аккомодации и резерва аккомодации, внутриглазное давление и данные периметрии остались без изменений. Исследование проводилось всего 2 месяца, поэтому можно предположить, что отмеченная положительная тенденция по увеличению объема и резервов аккомодации будет статистически достоверной при увеличении срока приема препарата или при повторении курсов.

Препарат Стрикс хорошо переносится пациентами. В нашей практике не было отмечено ни одного случая аллергической реакции или других побочных эффектов на фоне лечения.

Заключение. Препарат Стрикс благодаря своим компонентам – стандартизованному экстракту черники и бета-каротину, обладающим мощными антиоксидантными свойствами, оказывает заметное положительное влияние на количество жалоб и функциональные показатели органа зрения в комплексной терапии компьютерного зрительного синдрома.

Назначение Стрикса по 1 таблетке 2 раза в день курсами по 2 месяца с повторением 2-3 раза в год может быть рекомендовано при КЗС или глазной астенопии другой этиологии.

Литература:

1. Беляев В. // Электронные компоненты.- 2002.- №1.- С 36-42.
2. Иомдина Е.Н., Тарутта Е.П. // Вестник оптометрии-2005.-№1.-С.28.
3. Казарян Э.Э., Мамиконян В.Р. // Вестник офтальмологии-2003.- №3.-С50-53.
4. Калина Н.И. Гигиенические аспекты влияния работы ВДТ на зрительный анализатор и обоснование рекомендации по профилактике утомления зрения: Автореф.дис. Е канд.мед.наук.- СПб.,1998.-С 24
5. Котляр Н.Ю. Особенности развития зрительного утомления у профессиональных пользователей видеодисплейных терминалов в зависимости от вида поступающей информации: Автореф.дис.Е канд.мед.наук.- М.,1997.-С 36-39
6. Корнюшина Т.А. Физиологические механизмы развития зрительного утомления и перенапряжения и меры их профилактики: Автореф.дис. ...д-ра биол.наук.- М.,1999.С 12-15
7. Розенблюм Ю.З., Корнюшина Т.А., Фейгин А.А. Компьютер и орган зрения.- М., 1998.-С.22.
8. Шлак А.А., Дога А.В., Евсюков А.Г. и др.// Актуальные вопросы офтальмологии: Материалы юбилейной Всероссийской научно-практической конференции.- М.,2000.- Ч.1.- С.215-216.
9. Chiaccon M.N.// Canad.J.Publ.Hlth.-2000.- Vol.91,N 3.-P.225-228.

УДК616-008.97-053.2

ОШИБКИ В АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, К.Ш. Амренова, А.К. Меримгалиева, Г.Т. Ахмадуллина,
Г.Т. Жакупова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова

*Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии
Государственный медицинский университет города Семей*

Резюме

Целью проведенного исследования явилось изучение наиболее частых ошибок применения антибактериальных препаратов при внебольничных пневмониях.

Тұжырым

АУРУХАНАДАН ТЫС ӨКПЕ ҚАБЫНУЫНЫҢ АНТИБАКТЕРИАЛЬДЫ ЕМІНДЕ ҚОЗДЫРҒЫШТАРҒА ЖӘНЕ ҚОСЫМША ҮРДІСТЕРГЕ БАЙЛАНЫСТЫ ЖІБЕРІЛГЕН ҚАТЕЛІКТЕР

Зерттеулердің мақсаты - ауруханадан тыс өкпе қабынуын емдегенде антибактериальды препараттардың қолданылуында аса жиі жіберілетін қателіктерді анықтау.

Summary

THE MISTAKES OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF UNHOSPITAL PNEUMONIA IN DEPENDENCE OF MICROORGANISMS AND OTHER PATHOLOGY

The aim of researches are study of more often mistakes by application of antibacterial therapy in dependence of microorganisms and other pathology.

Антибактериальные препараты - это химиотерапевтические лекарственные средства, отличающиеся сложностью назначений и приводящие к большому количеству ошибок, которые могут оказать нежелательные последствия на жизнь больного.

Целью проведенного исследования явилось изучение наиболее частых ошибок применения антибактериальных препаратов при внебольничных пневмониях.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 140 больных с диагнозом внебольничная пневмония на фоне сопутствующих патологий. При анализе данных по изучаемым больным были получены сведения об основных патологиях, на фоне которых развилась внебольничная пневмония, приведшие к ошибкам в назначении антибактериальной терапии (таблица 1).

Таблица 1. - Основные патологии больных с внебольничной пневмонией, приведшие к ошибкам в назначении антибактериальных препаратов.

Основные патологии	До 55 лет	Старше 55 лет	Общее количество
ИБС, ПИК, НИ	3 (2,1%)	8 (5,7%)	11 (7,8%)
ИБС, стенокардия, НИ	2 (1,4%)	11 (7,8%)	13 (9,2%)
ХОБЛ	5 (3,5%)	18 (12,8%)	23 (16,4%)
ИЗСД	3 (2,1%)	-	5 (2,1%)
ИНЗСД	-	4 (2,8)	4 (2,8%)
Всего:	13 (9,2%)	41 (29,2%)	54 (37,1%)

Таким образом, 37,1% больных, поступивших в стационар, страдали достаточно серьезными заболеваниями, что послужило одной из причин ошибок.

Результаты исследования. Был проведен анализ допущенных погрешностей в лечении и установлены факторы, приведшие к ухудшению течения заболевания.

Одна из основных ошибок был нерациональный выбор эмпирической антибиотикотерапии. Назначения

проводились без учета возбудителя, наиболее часто вызывающих данную форму пневмонии. Таких ситуаций было больше всего, и насчитывалось при анализе в 34 (62,4%) случаев нерационального применения стартовой терапии. Проведенные в стационаре бактериологические исследования показали следующую картину возбудителей, вызвавших пневмонию в данной ситуации (таблица 3).

Таблица 3. Возбудители, вызвавшие пневмонию, приведшие к ошибкам в этиолечении (n=54).

S. pneumon	H. influenzae	St. aureus	Mycopl. Pn.	Klebs. Pneum.
29 (53,7%)	11 (20,3%)	5 (9,2%)	4 (7,4%)	5 (9,2%)
54 (100%)				

Кроме того, было установлено, что микроорганизмы в случаях нерационального применения антибиотиков были не чувствительны к назначаемым антибактериальным препаратам, и в большинстве имели полирезистентность. Принято считать, что появление и отбор резистентных штаммов происходит в том случае, когда концентрация антибактериального лекарственного средства длительное время ниже величины МПК (дополнительные условия для этого создаются у препаратов с длительным периодом полувыведения). В последнее время активно ведутся исследования величины, получившей название концентрации, предотвраща-

ющей мутации (МРС). Под концентрацией, предотвращающей мутации, принято понимать самую низкую концентрацию лекарственного средства, которая предотвращает отбор любых мутирующих микроорганизмов в очень большом инокулиуме. Необходимо отметить, что в 34 случаях резистентности выявлено следующее нерациональное применение антибактериальных препаратов: продолжение приема препарата после развития резистентности к нему. (У 21 больного в стационаре не было к 3- 4 суткам положительной динамики, у 13 человек постепенно ухудшалось состояние), но лечащие врачи продолжали назначение антибактериального

препарата, не оказывавшего должного эффекта, что привело к развитию тяжелой формы пневмонии и суперинфекции, потребовавшей госпитализации больных. При анализе назначений в 25 (46,2%) случаях были установлены нарушения в режиме дозирования антибактериальных лекарственных средств:

1. ампициллин 500 мг 2 раза в сутки в/м путем введения – 11 (44%) случаев назначения;
2. ципрофлоксацин 250 мг x 1 раз в сутки внутрь – 4 случая (16%);
3. кларитромицин 250 мг x 1 раз в сутки внутрь – 3 случая (12%);
4. ампициллин 1г 2 раза в сутки внутрь – 7 случаев (28%).

В данных ситуациях произошло наложение нерационального подхода к лечению. Во-первых, неадекватный выбор препарата для эмпирической антибиотикотерапии, во-вторых, нарушение правил фармакокинетического назначения. Через 6 часов ампициллина, через 8 часов кларитромицина, через 12 часов ципрофлоксацина в организме, в концентрациях, подавляющих возбудителя, не будет. Значит, от 8 до 12 часов ингибиции жизнедеятельности патогенной флоры не происходит. Цикл жизнедеятельности микроорганизма 24 – 48 часов, после чего возбудитель начинает митоз, а, следовательно, вырабатывает резистентность уже на генном уровне, и, в некоторых случаях, эта резистентность необратима.

Таким образом, необходимо помнить, что до сих пор лечение пневмонии остается большей частью эмпири-

ческим, так как от начала лечения до получения данных из лаборатории проходит 2–3 сут., и, кроме того, примерно в 50% случаев выявить возбудитель не удается. На практике нередко доля выявленных возбудителей не превышает 20–25%. Таким образом, в реальных условиях антибактериальная терапия практически всегда является эмпирической, по крайней мере, в первые дни болезни, и поэтому соблюдение правил рациональной антибиотикотерапии позволит сократить процент совершаемых ошибок. Следовательно, необходимо изучать возбудители, наиболее часто вызывающие то или иное заболевание, частоту сопутствующих патологий, чувствительность возбудителей к антибиотикам и не пренебрегать принципами рациональной антибиотикотерапии.

Литература:

1. Гуляев А.Е., Кивман Г.Я., Надирова Б.А. Возрастной аспект во взаимодействии тетрациклинов с субклеточными фракциями гомогената печени крыс // Антибиотики, 1982. N10. С.776-778.
2. Mc Cracken G.H. Freij B.J. Clinical pharmacology of antibiотical agents.// Infectious diseases of the fetus & newborn infant/Ed: J.S.Renington, J.O.Klein, 1990. P. 1020-1077.
3. Steele R., Kearns G. Antimicrobial therapy // ClinicNorth America, 1989. Vol.36. N 5. P.1321-1347.
4. Maddocks J.L. Absorbition of ampicillin from the human body.//Thorax, 1975. V.30. P.58-61.

УДК 616.24-002-053.2

АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯНЫҢ ОБСТРУКТИВТІ СИНДРОММЕН ӨТУІ

Н.Х. Смагулова

КМҚК «№2 қалалық аурухана», Семей қ.

Резюме

ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИЯ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Таким образом, у детей первого года жизни с неблагоприятным преморбидным фоном внебольничные пневмонии протекают с бронхообструктивным синдромом, поэтому необходимо проведение дифференциальной диагностики с острым обструктивным бронхитом.

Summary

COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA WITH BRONCHO-OBSTRUCTIVE SYNDROME

Thus, infants with poor premorbid background with community-acquired pneumonia occur bronchoobstructive syndrome, so you need to perform differential diagnosis of acute obstructive bronchitis.

Пневмония – балалар өлімінің жиі себептерінің бірі болып саналатын ауруларға жатады, одан жылына шамамен 1,8 млн баланың өмірі қиылатыны анықталып отыр. Пневмония этиологиясы бойынша бактериалық, вирустық (РС-вирус, аденовирус, грипп, парагрипп вирустары, риновирус), вирусты-бактериалды және жасуша ішілік (микоплазма, хламидии), патогендермен, қарапайымдармен (пневмоцисттер) т.б. шақырылған атипті болып бөлінеді. 6 айға дейінгі балалар арасында пневмония қоздырғыштарының ішінде жиі кездесетін Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae b (Hib) типі, АИТ вирусын жұқтырғандарда – Pneumocystis jirovecii, олар омырау жасындағы АИТ вирусын жұқтырған балаларының өлімінің ширегіне себепші, ал муковисцидозбен бронхоэктазда – Pseudomonas aeruginosa болып табылады.

Ауруханадан тыс пневмониялардың ішінде 1-6 айлық балаларда жиі Chlamidia trachomatis (20% және

жоғары жағдайда), өте сирек - Pneumocystis carinii (шала туған) шақыратын атипті түрлері кездеседі.

Балалардың жартысынан астамында тамақпен аспирациялану, муковисцидоз, біріншілік иммундық тапшылық пневмонияның типтік түріне себепші, олардың қоздырғыштары - грамм теріс ішек флорасы, стафилококктар. Балалардың 10% пневмония пневмококктар және Haemophilus influenzae b (Hib) типімен шақырылады. 6 айдан 6 жасқа дейінгі балаларда жиі (50% астамында) пневмония қоздырғышы пневмококк болып саналады. 7-15 жас аралығындағы балаларда типтік пневмонияның бактериалды қоздырғыштары пневмококк (35–40%) болса, сирек - пиогенді стрептококк, ал атиптік пневмония үлесі 50% аспайды, оларды шақыратын M. pneumoniae (20–60%) и Chl. pneumoniae (6–24%) болып табылады.

Біздің мақсатымыз бір жасқа дейінгі балаларда обструктивті синдроммен өткен ауруханадан тыс пневмонияға анализ жасау.

Біздің бақылауда бір жасқа дейінгі ауруханадан тыс пневмониямен ауырған барлығы 32 бала болды, олардың 19 ауру (59,3 %) айқын бронхообструктивті синдроммен белгісімен өтті.

Балаларда пневмония диагнозы анамнез және клиникалық белгілерге негізделіп қойылды: 3 күннен артық дене қызуының жоғарылауы, қатаралды белгілер, өкпеде ошақты перкуторлы дыбыстың тұйықталуы, тұйықталған аймақта крепитацияның естілуі, еңтігу мен интоксикацияның болуы. Ал бронхообструкция синдромына келесі клиникалық симптомдарға негізделді: обструкция белгісімен өткен еңтігу, «қысқырықты» тыныс, дистанциялық сырылдар және өкпедегі қорап тәрізді перкуторлы дыбыс.

Балалардың көбінің қан анализінде солға ығысқан лейкоцитоз, эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарылауы анықталды. Кейбір бронхообструкция синдромы бар балаларда аурудың басында қан анализінде шамалы лимфоцитоздың кейіннен нейтрофидердің солға ығысуымен көрініс берді. Әрбір жағдайда пневмония диагнозы көкірек қуысының рентгенологиялық зерттеулеріне сүйеніліп қойылды.

Бірінші топтағы балаларға ауруханаға түскенде пневмония диагнозы бірден қойылды немесе 49% жағдайда пневмонияға күдік болды, ал басқаларында жедел обструктивті бронхит диагнозы қойылды. Екінші топтағы балаларда бірден пневмония қойылды немесе пневмонияға түскен күні күдік туған.

Обструктивті синдром белгісімен өткен ауруханадан тыс пневмония анықталған балалардың қанында IgE деңгейі анықталды.

Анализ жасай келе, бірінші топтың әрбір үшінші баласының анамнезінде жүктіліктің бірінші жартысында токсикоз болған, екінші топта - әрбір төртінші балада. Бірінші топтағы балалардың 58,2%, ал екінші топтағы балалардың 44,6%, ерте жасанды тамақтануда болған.

Жанұялық анамнезінде атопия бойынша және оның атопиялық дерматит түрінде көрініс беруі бірінші топтағы балалардың 32% жағдайында, ал екінші топта 36% жағдайда кездесті.

Екі топтағы балалардың қан анализін анықтағанда оларда IgE көрсеткіші қалыпты болған. Бірінші топтағы балалардың 11% жағдайында шамалы эозинофилия (6–8%), ал екінші топтағы балалардың 9% анықталды.

Екі топтағы балалардың бастапқы этиотропты емін екінші және үшінші қатардағы цефалоспорииндер құрады. Балалардың ем комплексіне қысқа курсті (10 күн) фликсотидпен небулайзер терапиясы кірді. Кейбір жағдайда 2-3 күнге созылған жүйелі глюкокортикоидтар қолданылып, кейіннен ингаляциялық түрге ауыстырылған. Осыған қарамастан, балалардың көпшілігінде бронх обструкциясы созылыңқы (3–5 дейін) өтті, бұл оның инфекциялық қабыну генезділігін дәлелдейді.

Пневмониядағы БОС патогенез механизмы біркелкі емес, мұнда инфекциялық - қабыну процесінің және сондай-ақ пневмония дамуына бейімдейтін бронхтардағы қабыну процестерінің, мукоцилиарлық жетіспеушіліктің де мағызы зор.

Жоғарыда келтірілген ерте жастағы балалардағы обструктивті синдроммен өткен ауруханадан тыс пневмонияның клиникалық жағдайлары пневмониялық процестердің бронх обструкциясының этиопатогенетикалық механизмдерін қатысы бар екендігін дәлелдейді.

Сонымен, жағымсыз преморбидті фоны бар бір жасқа дейінгі балаларда ауруханадан тыс пневмония обструктивті синдроммен өтеді, сондықтан оны жедел обструктивті бронхитпен салыстырмалы диагностика жүргізу қажет.

Әдебиеттер:

1. Баранов А.А., Богомильский М.Р., Волков И.К. и др. Практические рекомендации по применению антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Здоровье Украины, 10(1). (2008)
2. Майданник В.Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острой пневмонии у детей. Знання України, Киев, 106 с. (2002)
3. Новиков Ю.К. Этиология, степень тяжести и лечение внебольничной пневмонии. РМЖ, 14(7). (2006)
4. Самсыгина Г.А., Охлопкова К.А., Сулова О.В. Этиология внебольничных бронхитов и пневмоний у детей раннего возраста как основа выбора антибактериальной терапии. Антибиотики и химиотерапия, 45(11): 29–30. (2000)
5. Таточенко В. К., Середа Е. В., Федоров А. М. и др. Антибактериальная терапия пневмонии у детей // Consilium medicum, 2001. Прил.: 4 - 9.
6. Союз педиатров России, Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа "Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика". М., 2002.

УДК 616.24-002-053.88

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИЯХ

**Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова,
А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова**

**Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики
и эндокринологии, кафедра медицины катастроф и инфекционных болезней
Государственный медицинский университет города Семей**

Резюме

Проводились бактериологические и эпидемиологические исследования больных в терапевтическом отделении и в хирургическом отделении с диагнозом «госпитальная пневмония» с учетом сопутствующих патологий. Установлена разница в микробиологии, чувствительности и стартовой терапии.

**Тұжырым
ТЕРАПИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ БӨЛІМШЕЛЕРДЕ
ГОСПИТАЛЬДЫ ПНЕВМОНИЯНЫҢ АНТИБАКТЕРИАЛЬДЫ ЕМІ**

Терапиялық және хирургиялық бөлімшелерде «госпитальды пневмония» диагнозымен жатқан науқастардың қосымша патологиялық жағдайларын ескерте отырып бактериологиялық және эпидемиологиялық зерттеулері жүргізілді. Олардың микробиологиясында, сезімталдығында, старттық терапиясында айырмашылықтары бар екені анықталды.

Summary

ANTIBACTERIAL THERAPY OF HOSPITAL PNEUMONIA IN THERAPEUTICAL AND SURGICAL DIVISIONS

The clinical and bacteriological researches carried out on patients in therapeutical division and patients in surgery with registration other basic pathology. Was determined this researches on pneumonia and next following with our pathology.

Целью исследования явилось изучение эпидемиологии пневмонии, микробиологической активности антибактериальных препаратов и создание рекомендаций антибиотикотерапии на территории г. Семей в терапевтическом и хирургическом отделениях.

Материалы и методы. Выделение и исследование возбудителей, наиболее часто вызывающие госпитальную пневмонию проводилось по стандартной схеме.

Исследовались больные с диагнозом госпитальная пневмония в двух отделениях: отделение терапии (n=153), отделение общей хирургии (n=174).

Результаты исследования. При исследовании возбудителей, вызвавших нозокомиальную пневмонию в отделении общего профиля, были установлены следующие микроорганизмы, а также сопутствующие заболевания (таблица 1).

Таблица 1. - 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*.

Исследования чувствительности возбудителей госпитальной пневмонии к некоторым антибактериальным средствам (таблица 2).

Таблица 2. - 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%)
Амоксиклав	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%)
Генатмицин	-	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%)

В хирургическом отделении госпитальная пневмония, наиболее часто вызывалась определенными воз-

будителями, при оперативных вмешательствах (таблица 3).

Таблица 3. - 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*;

Исследования чувствительности антибактериальных препаратов к возбудителям, наиболее часто вызы-

вающих 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%)
Генатмицин	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%)

Таким образом, установлено, что существует различие в стартовой или эмпирической терапии госпитальной пневмонии для терапевтических и хирургических отделений. В терапевтическом отделении рекомендуется назначение цефалоспоринов III поколения или фторхинолонов. В хирургических отделениях рекомендуется комбинация цефалоспоринов III поколения в сочетании с аминогликозидами или фторхинолонами.

Литература:

1. Белоусов Ю.Б., Лепяхин В.С. et cetera «Клиническая фармакология рациональная фармакотерапия», Москва, 2008, 567 с.

2. Mc Cracken G.H. Freij B.J. Clinical pharmacology of antibiotal agents // Infectious diseases of the fetus & newborn infant/Ed: J.S.Renington, J.O.Klein, 1990. P. 1020-1077.

3. Васильев В.К. Фармакокинетика пенициллинов в крови собак при введении внутрь комбинированного препарата ампиокса // Антибиотики, 1976. N 11. С.1000- 1002.

УДК 616.24-002-616.62+615.33

АЛГОРИТМ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, К.Ш. Амренова, А.К. Меримгалиева, Г.Т. Ахмадуллина, Г.Т. Жакупова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова

Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии, кафедра медицины катастроф и инфекционных болезней Государственный медицинский университет города Семей КГКП «Инфекционная больница г.Семей», бактериологическая лаборатория

Резюме

Нарушение почечной функции приводит к изменению назначения антибактериальных препаратов.

Тұжырым

ЗӘР ШЫҒАРАТЫН ЖОЛДАР АУРУЛАРЫМЕН АСҚЫНҒАН ЖЕДЕЛ ӨКПЕ ҚАБЫНУЫНЫҢ АНТИБАКТЕРИАЛДЫ ЕМІ

Бүйрек қызметінің бұзылыстары антибактериальды препараттардың тағайындалуында өзгертулерді қажет етеді.

Summary

THE ALGORITHM OF ANTIBACTERIAL THERAPY BY ACUTE PNEUMONIA WITH COMPLICATION OF THE RENAL – URINAL TRACTS

The breach of renal function change of application of antibacterial preparations.

По данным авторов отечественной и зарубежной литературы, острая плевропневмония занимает 12 – 24% от инфекционно – воспалительных заболеваний нижних дыхательных путей. Пневмония, осложненная патологией мочевыводящих путей, встречается в 54 – 67%. При этом, известные алгоритмы антибактериального лечения абсолютно не соответствуют необходимой химиотерапии. Например, формула Moushle H., 1998, где описывается режим дозирования антибиотиков, предполагаемый по количеству белка в моче:

$$D = Ig \{D_0 - [C_1] / D_{mid}\},$$

где в качестве алгоритмических составляющих принимается усредненная доза назначаемого антибактериального препарата и количества белка в моче. Если подставить в это уравнение используемые данные, то для больного весом 60 – 80 кг доза антибиотика составит 256,7 г на однократный прием, что предполагает прием антибиотика внутримышечным введением от 8 до 12 раз в сутки, пероральным – от 18 до 21 раза в сутки.

Формула Григорьева более близка к истине:

$$D = [(D_0 - [Cr] / D_1) + P],$$

где используется интегральная система подсчета дозирования. Недостаток этой формулы в том, что клубочковая фильтрация, сниженная ниже 75%, сама по себе является показателем к уменьшению дозы и увеличению кратности введения, которые описаны во многих пособиях. Кроме того, она довольно сложна для подсчета к каждому больному.

Все сводится к тому, что при пневмонии, возникающие заболевания мочевыводящей системы, есть не что иное, как интоксикационное воздействие основного заболевания на мочевыводящую систему. Появление белка и даже уменьшение скорости клубочковой фильтрации вовсе не свидетельствуют о возникновении спонтанной патологии, а, наоборот, неправомерное назначение антибактериальных средств при интоксикации может привести к функциональному нарушению мочевыводящих путей, немедленно переходящему в хронический процесс.

Поэтому разработанный алгоритм является наиболее приемлемым в современной медицине, учитывающим возможности влияния антибиотиков на функцию

почек и возможность развития лекарственной патологии.

Предлагаемый алгоритм:

$$D_1 = D_2 + I_g \{Cr - C_1\} + P - D_3 = D_2 - D_3 = P/Cr - C_1 = D_2 - Cr/P,$$

т.е. доза, назначаемая больному с интоксикационным синдромом, будет равна основному режиму дозирования, рассчитанному на массу тела и функциональное состояние почек, складывающегося из расчета белка, креатинина, мочевины и фармакокинетических параметров в усредненном варианте.

Основная формула будет выведена после доказательства, представленной в этой статье.

Подведем доказательную базу:

При анализе общего и биохимического анализа мочи установлено, что при скорости клубочковой фильтрации > 75%, уровень белка в моче не превышает 0,066 г/л. Показатели креатинина и мочевины находятся в пределах физиологической нормы (таблица 1).

Таблица 1. Показатели белка, креатинина и мочевины при скорости клубочковой фильтрации > 75% у больных острой пневмонией.*

Возраст	К-во больных	Скорость КФ	Белок (ср) Г/л	Креатинин (ср) Мг%	Мочевина (ср) Мг%
20 – 30	23	> 75%	0,033	2,34±0,3	1,42±0,1
31-40	26		0,033	2,5±0,1	1,45±0,1
41-50	18		0,066	2,41±0,1	1,56±0,6
51-60	24		0,066	2,11±0,1	1,78±0,3
61 и далее	22		0,066	2,14±0,06	2,1±0,2
Всего	113		0,052±0,06	2,3±0,13	1,66±0,26

* - P < 0,05

Усредненное значение уровня белка, креатинина и мочевины возрастают с возрастом, но не превышают нормы. Необходимо отметить, что для достоверности результатов были отобраны только те больные, которые не страдали непосредственным поражением почек,

а изменения в лабораторных данных проявились только при острой пневмонии.

При расчете фармакокинетических параметров были установлены практически идентичные с нормой показатели (таблица 2).

Таблица 2. - Фармакокинетические параметры ампициллина, цефамандола, гентамицина при скорости клубочковой фильтрации > 75%*

Антибиотик	K _{el} (-1)	Vd (мг/мл)	Cl _t (мл/мин)	K _{ex} (мл/мин)	Связь с белком %
Ампициллин	0,34	2,3	0,44	0,55	18%
Цефамандол	0,21	4,1	0,64	0,43	87%
Гентамицин	0,16	1,8	0,35	0,33	66%

* - P < 0,05

Контроль антибиотиков не включен в таблицу, поскольку показатели фармакокинетики при данной скорости клубочковой фильтрации (=75%) практически аналогичны данным контрольных исследований. Это подтверждается многими авторами, занимающимися вопросами фармакокинетических особенностей антибактериальных лекарственных средств при патофизиологических состояниях организма человека.

При анализе результатов исследования фармакокинетических параметров, полученных в ходе исследования больных острой пневмонией со снижением скорости клубочковой фильтрации (50–75%) и повышением уровня белка, креатинина и мочевины, установлено, что происходит выраженная задержка антибактериальных препаратов в организме (таблица 3). Данный факт понятен и объяснялся уже многими и многими.

Таблица 3. - Фармакокинетические параметры ампициллина, цефамандола, гентамицина при снижении скорости клубочковой фильтрации 50% - 75%*

Антибиотик	K _{el} (-1)	Vd (мг/мл)	Cl _t (мл/мин)	K _{ex} (мл/мин)	Связь с белком %
Ампициллин					
Контроль	0,34	2,3	0,47	0,55	9%
Клиника	0,22	5,4	0,25	0,3	18%
Цефамандол					
Контроль	0,42	2,6	0,53	0,54	83%
Клиника	0,21	5,1	0,34	0,23	97%
Гентамицин					
Контроль	0,38	2,3	0,41	0,59	66%
Клиника	0,16	4,8	0,22	0,25	80%

* - P < 0,05

Параметры рассчитывались по фармакокинетической программе Калифорнийского Университета "Modeling dosage of antibiotics by Perpermant and Pathalogy".

Коэффициент элиминации равен отношению вводимой дозы мг/кг к логарифмической сумме концентраций препарата в крови на первой и последней точке исследования:

$$K_{el} = Do / Ig (C_1 + C_2);$$

Например, вводимая доза ампициллина в мг/кг массы тела составляла в среднем 12,5 мг/кг, а сумма уровней концентрации в логарифмическом преобразовании – 55,4 мг/мл. Подставляем в формулу:

$$12,5 \text{ мг/кг} : 55,4 \text{ мг/кг} = 0,22^{-1}.$$

Коэффициент элиминации равен 0,22⁻¹. Из результата видно, что при снижении скорости клубочковой фильтрации до 50% - 75% и повышении уровня белка, креатинина и мочевины, коэффициент элиминации уменьшается до 0,22⁻¹, что свидетельствует о задержке антибиотика в организме. Необходимо уточнить, что до начала заболевания острой пневмонией, лабораторные и инструментальные данные обследования больных были в норме, что доказывала их амбулаторная карта. Следовательно, интоксикация привела к функциональному нарушению мочевыделительной системы.

Как видно из таблицы 3, интоксикационное нарушение почечной функции привело к задержке элиминации, уменьшению показателей общего клиренса и почечной

экскреции, увеличению объема распределения и связи с белками крови. Увеличение объема распределения не свидетельствует о том, что препараты проникают в ткани патологического очага, скорее это доказывает задержку антибиотиков в крови, лимфе и биологических жидкостях организма. Повышение связи с белками плазмы – это вторичный компонент реакции организма на выход молекул антибактериальных препаратов обратно в общий кровоток из-за активации активной трещины и развертывания дополнительных маркеров связывания. Снижение почечной экскреции привело к увеличению длительности циркуляции антибиотиков в организме, и, например, время обнаружения ампициллина в крови было равно 9 часам, на которых ампициллин находился в концентрации, соответствующей МПК₅₀ данного антибиотика – 0,05 мкг/мл.

В таблице 4 представлен режим дозирования исследуемых антибактериальных препаратов, рассчитанный по формуле: D= D₁: R_f, где R_f – кратность между пиковыми концентрациями контроля и клиники, а D₁ – стандартная доза, равная 12,5 мг/кг.

$$12,5 \text{ мг/кг} : (8,5 \text{ мкг/мл} : 7,8 \text{ мкг/мл}) = 12,5 \text{ мг/кг} : 1,6 = 7,8 \text{ мг/кг}.$$

Таким образом, разовая доза ампициллина для лечения острой пневмонией с интоксикационным снижением клубочковой фильтрации до 50% - 75% будет равна 8 мг/кг веса с уменьшением интервала введения до 3 раз в сутки.

Таблица 4. - Режим дозирования и интервал введения антибиотиков при снижении скорости клубочковой фильтрации до 50 – 75%.

антибиотик	Разовая доза мг/кг	Интервал введения
Ампициллин	8	3-4 р/сут
Цефамандол	8	2-3 р/сут
Гентамицин	1,7	1-2 р/сут

Литература:

1. Deitch E.A., Vincent J.-I., Windsor A. Sepsis and multiple organ dysfunction: a multidisciplinary approach. Philadelphia: W.B. Saunders Company;2002.
 2. Руднов В.А. Сепсис. Эволюция представлений, необходимость унификации терминологии и критериев диагноза. Хирургия 2000;4:36-40.

3. Воробьев П.А., Авксентьева М.В. Сравнительная фармакоэкономическая оценка применения цефепима (максипима) и имипенема/циластатина (тиенама). Инфекции и антимикробная терапия 2000;2:139-53.

УДК 616.24-002.5-08

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ОРУНГАЛОМ (ОРАЛЬНЫЙ РАСТВОР)

Е.В. Бутенко

КГКП «Павлодарский областной психоневрологический диспансер», г. Павлодар

Тұжырым

ОРУНГАЛ ЕРІТІНДІСІМЕН АУЫЗ АРҚЫЛЫ ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨКПЕСІН КАНДИДОЗДЫҚ ЗАҚЫМДАНУЫН ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақалада туберкулезге қарсы негізгі және резервтік препараттар қабылдайтын науқастарда өкпенің кандидоздық зақымдарының пайда болу жиілігін зерделеу тәжірибесі баяндалады. Авторлар психотуберкулездік болімшеде ем қабылдаушы науқастарда өкпе микоздарын емдеуде орунгал аурыз ерiтiндiсiн қолданудың тиiмдiлiгiн көрсетедi.

Summary

EXPERIENCE OF LUNGS CANDIDOSIS AFFECTION TREATMENT AMONG PATIENTS WITH TUBERCULOSIS WITH ORUNGAL IN ORAL SOLUTION

Amount of lung mycoses in patient, who are treated with main and reserve kinds of anti- TB medicine, is indicated in the article. The authors show effectiveness of Orungal oral solution prescription for lung mycoses treatment in patients in psycho-TB clinical departments.

Ежегодно в мире насчитывается около 2 миллионов случаев оппортунистических системных микозов, смертность от которых составляет 0.1%. Грибы, широко распространенные в окружающей среде, вследствие неблагоприятных изменений экологических условий, контаминируют жилые, производственные и внутрибольничные помещения, пищевые и сельскохозяйственные продукты, становятся угрожающей составной частью среды обитания человека.

Тяжелые хронические инфекции, пневмо- и эндокринопатии, злокачественные заболевания, СПИД, патология неонатального периода, требующие длительного применения современных сильнодействующих химиопрепаратов, гормональных средств, лучевой терапии, приводят к активизации, «агрессивности» грибковой флоры, сапрофитирующей на коже, в полости рта, дыхательной и выделительной системах, желудочно-кишечном тракте, гениталиях.

Туберкулез является одной из основных этиопатогенетических причин, обуславливающих развитие тяжелых микотических поражений. Это обусловлено несколькими факторами: у больных туберкулезом снижен иммунитет, что является предрасполагающим фактором развития оппортунистических инфекций, длительный воспалительный процесс в легких, а применение противотуберкулезной химиотерапии в течение 6 и более месяцев также способствует увеличению заболеваемости грибковой инфекцией в десятки раз по сравнению с общей популяцией. Безусловно, наложение второй хронической, тяжело поддающейся лечению грибковой инфекции резко осложняет течение и прогноз основного заболевания и уменьшает эффективность лечения. Поэтому, для успешного абацеллирования больного туберкулезом при появлении сопутствующей грибковой инфекции, на первый план выходит этиотропная системная антимикотическая терапия препаратом широкого спектра действия, благодаря которой можно провести полную деконтаминацию грибковой инфекции, что способствует в дальнейшем успешному абацеллированию больных туберкулезом.

Кандидоз – антропонозная оппортунистическая грибковая инфекция, возникает, как правило, у людей со сниженным иммунитетом, отличается полиморфизмом проявлений - от бессимптомного кандиданосительства до генерализованных форм. Возбудители – условнопатогенные дрожжеподобные грибки рода *Candida* семейства *cryptosoccaeae*.

Цель работы – изучить частоту возникновения кандидозных поражений легких у больных, получающих основные и резервные противотуберкулезные препараты, и выявить среди них группы повышенного риска.

Материал и методы

Обследован 61 больной туберкулезом, получавший лечение противотуберкулезными препаратами основного (59 больных) и резервного ряда (2 больных). Всем больным назначен анализ мокроты на выделение грибов.

Результаты и обсуждение

При обследовании 61 больного с первичным, рецидивирующим, мультирезистентным туберкулезом и неудачами лечения, женщины составляли 15 %, мужчины – 85%. Подавляющее большинство больных составляли от 30 – 39 лет – 32.3%, 40 – 49 лет – 28.4%, моложе 30 лет – 25.2% и старше 50 лет – 14.1%.

Из 61 больного, находящегося на лечении в психотуберкулезном отделении, 50 пациентов получали лечение по следующим категориям:

- 1 категория – БК + 15 больных
- 1 категория – БК - 5 больных
- 2 категория – БК + 20 больных
- 2 категория – БК - 9 больных
- 3 категория – БК - 1 больной
- 4 категория – БК + 9 больных
- 4 категория – БК - 2 больных

Из них противотуберкулезные препараты резервного ряда получали 2 больных.

Всем больным проведено лабораторное исследование на лечение грибов. Анализы оказались положительными у следующих больных:

- 1 категория – БК + 6 больных
- 1 категория – БК - 5 больных
- 2 категория – БК + 7 больных
- 2 категория – БК - 6 больных
- 3 категория – БК - не обнаружены дрожжевые грибки.

- 4 категория – БК + 9 больных
- 4 категория – БК - 2 больных

Клинические формы туберкулеза у обследованных больных были следующими: инфильтративный – 72.1%, фиброзно-кавернозный – 26.2%, другие формы – 3.5%.

Бацилловыделение установлено у большинства больных - 72.1%, деструктивные изменения в легких выявлены у 46.7%.

Из 61 больного дрожжевые грибки обнаружены у 35 больных. Всем им назначен Орунгал оральный раствор в дозе 400 мг в течение 4 недель. После окончания лечения проведены повторные лабораторные исследования мокроты, которые показали полное отсутствие грибов в исследуемом материале.

По больнице проанализированы факторы риска, способствующие развитию кандидозной инфекции:

1. Длительное лечение антибиотиками. Пациенты первой группы (59 человек) лечились препаратами основного ряда, куда входили такие антибиотики, как стрептомицин – срок лечения 2 месяца и рифампицин – срок лечения 8 месяцев. Пациенты второй группы (2 человека) получили противотуберкулезные препараты резерва, в схему лечения входили такие антибиотики, как каприомицин – срок лечения 3 месяца, циклосерин – срок лечения 18 месяцев и офлоксацин, срок лечения от 18 до 24 месяцев.

2. Состояние иммунодефицита выявлено у 46% пациентов. В анализах периферической крови отмечена выраженная лимфоцитопения – от 8 до 20.

3. Сопутствующие заболевания печени, подтвержденные биохимическими исследованиями, выявлены у 52.3%, заболевания почек, подтвержденные УЗИ и

лабораторными данными – в 46,5% случаев. Заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены методами фиброгастроскопии у 15% больных. Хронические неспецифические заболевания легких диагностированы у 12,2% больных.

Выводы

1. Больных туберкулезом следует отнести к группе повышенного риска поражения микозами, т.к. длительное лечение антибиотиками и пониженный иммунитет способствует их возникновению и дальнейшему прогрессированию.

2. Среди этого контингента больных необходимо в обязательном порядке проводить обследование мокроты на грибки в начале первого месяца и при окончании интенсивной фазы терапии, т.е. в конце 3-го месяца.

3. Группами повышенного риска возникновения кандидоза являются больные с сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет, хронические пневмонии и лица, страдающие выраженным иммунодефицитом.

4. Препаратом выбора для лечения микотической инфекции у фтизиатрических больных является Орунгал оральный раствор. Орунгал оральный раствор так же является и самым безопасным и хорошо переносимым антимикотическим препаратом, не обладающим сколько-нибудь значимым для жизни и здоровья

больных побочными действиями. Эти свойства позволяют использовать Орунгал оральный раствор в длительном комплексном лечении больных туберкулезом с различными сопутствующими заболеваниями в комплексе с противотуберкулезными препаратами.

Литература:

1. Кулько А.Б. Лабораторная диагностика микозов при туберкулезе // Лабораторная диагностика туберкулеза. – М.: Изд-во Медицина и жизнь, 2001. – С 59-66.

2. Кулько А.Б., Митрохин С.Д., Кузьмин Д.Е. и др. Бронхолегочные инфекции, вызванные грибами рода Candida, во фтизиатрической практике // Успехи медицинской микологии. – Т. 6. Материалы 3-го всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М.: Национальная академия микологии, 2005. – С. 75-77.

3. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – М.: Изд-во Бином, 2003. – 439 с.

4. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Кандидоз: природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, диагностика и лечение. – М.: Изд-во Триада-Х, 2001. – 472 с.

5. Рунке М. Грибковые инфекции у иммунокомпрометированных пациентов (эпидемиология, диагностика, терапия, профилактика) // Проблемы медицинской микологии. – 2000. – Т.2, № 1. – С. 4-16.

УДК 616.24-002.5-616-02-005.33

ПРИЧИНЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

И.Е. Соловьев

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

Резюме

В современных условиях заболевают туберкулезом легких лица до 50 лет (91,5%), среди клинических форм преобладает инфильтративный туберкулез (84,1%). Основной причиной заболеваемости туберкулезом является социально-экономический фактор. Среди больных неработающие составили 59,3%, лица с денежным доходом 3000 тенге в месяц составил 61,3%. Среди проанализированных больных, злоупотребляющие алкоголем составили 15,8%, ранее такой процент встречался только в контингенте больных.

Тұжырым

ҚАЗІРГІ КЕЗДЕ АДАМДАРДЫҢ ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНЕ ШАЛДЫҒУЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН СЕБЕПТЕР

Қазіргі кезде өкпе туберкулезімен ауыратын адамдардың арасында 50 жасқа дейінгілер 91,5% пайызды құрады. Ал өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерінің ішінен көбінесе инфильтративті туберкулез кездесті (84,1). Адамдардың туберкулезге шалдығуының негізгі себебі экономикалық және социалдық факторлар. Біз талдаған аурулардың 59,3%-ы жұмысы жоқтар болды, ал айлық табыстары жан басына 3000 тенге болатындары 61,3%-ды құрады. Осы аурулардың 15,8 %-ы маскүнемдер болып шықты, бұрын мұндай пайыздық мөлшерде маскүнемдер созылмалы өкпе туберкулезімен ауыратындар арасында кездесетін.

Summary

THE REASONS PROMOTING DISEASE BY TUBERCULOSIS LIGHT IN MODERN CONDITION

Basically are ill the tuberculosis of the person before 50 years, on share which happens to 91,5% from the total number to ache. A Main reason of the growing to diseases by tuberculosis is social-economic factor. On social composition 59,3% to ache form not work and person with money income on one member of the families at month before 3000 m, which have formed - 61,3% sick. An Increase amongst for the first time revealed sick persons abusing alcohol that has formed 15,8% from the total number sick, early such percent met only in contingent sick. A Growing of the specific gravity infiltrative forms of the tuberculosis light, which has formed 84,1%, exactly given form is a source of the shaping fiber- cavernosis of the tuberculosis light.

По итогам 2010 г. отмечается снижение показателя заболеваемости населения по республике на 9,5%, что

составляет 95,3 против 105,8 в 2009 г. на 100 тысяч населения. Высокий показатель заболеваемости тубер-

кулезом, по сравнению с республиканским уровнем (95,3) отмечается наряду с другими областями и в Восточно-Казахстанской (124,0), а в Семипалатинском регионе – 120,4 на 100 тысяч населения. (1-4)

С целью выявления причин, приведших к ухудшению эпидемиологической ситуации в нашем регионе, нами исследованы 177 взрослых больных по специально составленной анкете.

Материалы и методы

Нами проанализированы 177 историй болезни больных страдающих туберкулезом легких, впервые взятые на учет в 2009-2010г.г. для полноты исследования проведен анкетированный опрос больных содержащих 30 разделов, куда были включены наличие вредных привычек и материально-бытовые условия жизни, а также факторы, способствующие заболеванию туберкулезом в современных условиях.

Результаты их обсуждения

По возрасту, больные распределялись следующим образом: 18-30 лет – 91 (51,4%), 31-40 лет – 48 (27,1%), 41-50 лет – 23 (13,0%), 51-60 лет – 11 (6,2%), 60 лет и старше – 4 (2,3%).

Как видно из вышеизложенного материала, среди наших больных преобладают лица от 18 до 30 лет. доля лиц работоспособного возраста также высока, то есть лица до 50 лет составили 162 чел. из 177 (91,5%). Удельные веса мужчин и женщин почти равноценны по частоте 54,2% и 45,8% соответственно.

По социальной принадлежности преобладают лица, нигде не работающие, то есть потерявшие работу из-за сокращения рабочих мест или из-за закрытия производства. Таких лиц 105 чел. из 177 (59,3%).

На втором месте по частоте служащие – 43 чел. из 177 (24,2%), пенсионеры – 10,7%, учащиеся – 2,3%, домохозяйки – 3,4%. Как известно, в социальной характеристике важное значение имеет образование больного туберкулезом, его основная профессия и характеристика труда и условий, в каких происходит трудовая деятельность. Среди наших больных высшее и среднее специальное образование имела половина больных.

В клинической структуре 177 впервые заболевших очаговый туберкулез легких установлен у 7,9% (14) больных, инфильтративный – у 84,1% (149), диссеминированный туберкулез легких – у 3,4% (6) больных, фиброзно-кавернозный – у 4,0% (7) больных и туберкулома легких – у 0,6% (1) больных.

Среди клинических форм преобладает инфильтративная форма туберкулеза легких (84,1%) и очень высокий удельный вес лиц с распадом (53,1%) и бацилловыделением (52,5%). Из наших больных выявлены при профилактическом осмотре 36,1% (64 чел.), а по обращаемости 63,8% (113 чел.), то есть из-за отсутствия флюорографических пленок больные в основном выявляются по обращаемости, что также неблагоприятно влияет на клиническую структуру впервые выявленных больных. Среди наших больных лица из контакта составили 20,3% (36 чел.). Из 177 больных 70,6% (125 чел.) городских и 29,3% сельских жителей (52 чел.). рентгенологический процесс был односторонним в 78,5% случаев, а двусторонним в 21,5% случаев. Из сопутствующих заболеваний сахарный диабет наблю-

дался в 2,8%, язвенная болезнь – 3,3%, хронические неспецифическое заболевание легких – 2,2% и другие заболевания, то есть все сопутствующие заболевания составили 16,9% (30 чел. из 177).

Среди первичных больных злоупотребляли алкоголем 15,8% курили до 1 пачки сигарет в день 6,7%, до 10 штук сигарет 9,6%, до 3 штук сигарет в день 18%.

Употребляли спиртные напитки ежедневно 12,5%, один раз в неделю 31,2%, один раз в месяц 18,7% и один раз в квартал 37,5% больных, что, несомненно, отражается на результатах лечения впервые выявленных больных туберкулезом.

Одним из социальных факторов способствующих заболеванию туберкулезом является качество питания людей, а это зависит непосредственно от денежного дохода семьи. Средний доход в денежном выражении из расчета на 1 члена семьи в месяц у наших больных было следующим: денежный доход до 1000 тенге составил 26,1%, до 3000 тенге – 35,2%, до 5000 тенге – 37,5%, до 10000 тенге -1%. Как видно из вышеизложенного, заболевают туберкулезом в основном социально незащищенные слои населения. Малый удельный вес сопутствующих заболеваний объясняется молодым возрастом заболевших, но распространенность вредных привычек у наших больных высокая по сравнению с прежними годами. Начальные признаки заболевания характеризовались следующим образом: кашель с одышкой наблюдалась у 64,2%, боль в грудной клетке у 36,5%, субфебрильная температура у 48,0%, а интоксикационный синдром у 80,2% больных. Из осложнений основного заболевания экссудативный плеврит встречался в 8,4% случаев, а легочное кровотечение и кровохарканье в 6,7% случаев, что составляет 12 чел. из 177 больных. Лечение больных проводилось по программе ВОЗ, по методике ДОТС по первой категории лечились 163, а по III категории – 14 больных из 177.

Из общего числа закончивших лечение по первой категории излечение наступило (исчезновение симптомов интоксикации, рассасывание инфильтрации, абациллирование) у 85,8% больных, а нарушали режим (12,5%) больные, злоупотребляющие алкоголем. Неблагоприятный исход у 2 больных связан с наличием лекарственной устойчивости подтвержденный бактериологически.

Литература:

1. Игембаева К.С. и соавт. // Динамика заболеваемости туберкулезом жителей Семипалатинского региона // Пробл.туб. – 2001.-№6. с.14-17.
2. Чуканова В.П., Валиев Р.Ш., Гергерт В.Я. и др. Популяционно-эпидемиологическое исследование туберкулеза легких в ряде сельских регионов Татарстана// Пробл.туб.-2008.-№10.-С.35-39.
3. Скачкова Е.И., Шестаков М.Г., Темирджанова С.Ю. Динамика и социальная демографическая структура туберкулеза в РФ, его зависимость от уровня жизни// Туберкулез и болезни легких.-2009.-№7.-С.4-9.
4. Богородская Е.М. Больные туб-м: Мотивация к лечению// Пробл.туб. и болезней легких. – 2009.-№2. – С. 3-11.

УДК 616-002.5-053.2-02-058

ВЛИЯНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

¹К.С. Игембаева, ¹Р.С. Игембаева, ¹С.Н. Селиханова, ²Г.К. Кабышева,
²Е.А. Ибраев, ²И.Е. Соловьев, М. Воробьева

*РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей», г. Семей¹
КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер №2», г. Семей*

Резюме

1. Дети родителей, имеющих различныеотягощающие факторы, чаще заболевают туберкулезом, чем дети из благополучных семей.

2. Заболевают туберкулезом, в основном дети, не привитые вакциной БЦЖ или же привитые недостаточно качественно.

3. Заболевание туберкулезом детей из благополучных семей приходится преимущественно на возраст до 1 года, развивается остро, с выраженными симптомами интоксикации и яркой клинико-рентгенологической картиной. Туберкулез у них в половине случаев протекает осложнениями и часто сочетается с гипотрофией и рахитом.

Тұжырым

БАЛАЛАРДЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҒУЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН СОЦИАЛДЫҚ ФАКТОРЛАР

1. Материалдық жағдайы төмен отбасылық жанұялардағы балалар туберкулезбен, отбасылық жағдайы жақсы балаларға қарағанда жиі ауырады.

2. БЦЖ вакцинасы мүлдем егілмеген немесе дұрыс егілмеген балалар көбінесе туберкулезбен ауырады.

3. Материалдық жағдайлары төмен жанұялардағы балалар туберкулезбен көбінесе 1 жасқа дейін ауырады және оларда туберкулез жедел дамиды, сонымен қатар аурудың клинико- рентгенологиялық көрсеткіштері айқын болады. Осы балаларда туберкулез көбінесе гипотрофиямен және рахитпен қабаттасып дамиды.

Summary

INFLUENCE NEGATIVE SOCIAL FACTOR ON ARISING THE TUBERCULOSIS BESIDE CHILDREN

1. The Children of the parents, having different burdenning factors, more often fall ill the tuberculosis, than children from successful family.

2. Fall ill the tuberculosis basically children not grafted by vaccine BCG or grafted it is not enough qualitative.

3. The Disease by tuberculosis children from successful family happens to mainly age before 1, develops sharply, with expressed symptoms of intoxication and bright clinical X-ray picture. The Tuberculosis beside them half of the events runs the complications often match with hypertrophy and rickets.

Туберкулез у лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, часто протекает в виде распространенных форм, более злокачественно, больные умирают в более молодом возрасте. Лица, больные туберкулезом и алкоголизмом, создают наибольшую опасность заражения для окружающих, в первую очередь для детей (1-3).

Целью исследования было изучение социальных факторов на возникновение туберкулеза у детей. Было изучено материально-бытовые условия детей и влияние специфической профилактики вакциной БЦЖ на развитие туберкулеза у детей.

Материалы и методы. Нами проанализировано 87 случаев заболевания детей туберкулезом органов дыхания. По отношению родителей к употреблению алкоголя семьи больных детей были разделены на неблагополучные и благополучные.

Результаты и их обсуждения. Установлено, что более чем половина детей проживали в семьях, где родители злоупотребляли алкоголем: отцы в 69,8%, матери в 61,5% случаев. Кроме того, в 46,1% семей оба родителя злоупотребляли спиртными напитками, т.е. Материально-бытовое положение неблагополучных семей в 80,2% случаев было расценено как неудовлетворительное. Доход на одного члена семьи составлял 500-700 тенге в месяц. Неудовлетворительными были и жилищные условия более чем у половины семей: количество жилой площади на 1 человека составляло 3-4 м² и жилье в основном было неблагоустроенным.

Почти половина неблагополучных семей были многодетными: в 12,6% семей было по 3 ребенка, в 16,8% - по 4-6, в 12,6% - по 7 детей и более. Обращает на себя внимание и тот факт, что в каждой третьей семье отсутствовал отец.

Семьи, расцененные как благополучные, имели более высокое материальное положение: доход на одного члена семьи составлял 3000 тенге и более, у 71,5% лучше были и жилищные условия (3/4 семей имели благоустроенные квартиры площадью 5-7 м² на человека). В благополучных семьях было максимально по 3 ребенка.

Согласно проведенному разделению семей на две группы (1-я группа – неблагополучные семьи, 2-я – благополучные) в дальнейшем нами изучалось и течение туберкулеза у детей.

В обеих группах семей максимальное число детей заболевали в возрасте до 4 лет. В семьях 1-й группы максимум заболеваемости детей приходится на возраст до 1 года (26%), а затем распределяется равномерно, а в семьях 2-й группы – на возраст 3-4 года.

У детей из неблагополучных семей в большинстве случаев отмечался контакт с больными туберкулезом: у 38,4% болела мать, у 26,9% - отец и у 19,1% - близкие родственники или знакомые. У этих детей преимущественно были диагностированы инфильтративный с распадом (56%) и фиброзно-кавернозный (39,1%) туберкулез. Каждый третий ребенок был в контакте со взрослым больным, пришедшим из исправительно-трудового учреждения.

У детей из благополучных семей контакт с больным туберкулезом удалось установить в ¼ случаев. Матери в семьях этих детей болели туберкулезом в 3,5 раза реже, чем в 1-й группе. Отцы же, в обеих группах, болели одинаково часто. У родителей диагностировалась преимущественно инфильтративная форма с распадом.

Заболевание у детей 1-й группы начиналось обычно остро, с выраженными симптомами интоксикации и

поражения. 60% детей лечились либо в соматическом стационаре, либо в поликлинике по поводу различных заболеваний неспецифической этиологии. Во 2-й группе ¼ детей выявлены с той или иной формой туберкулеза при проведении туберкулинодиагностики (плановое профилактическое обследование, обследование по контакту) только у 16,6% детей были зарегистрированы жалобы при обращении к врачу.

Как удалось выяснить, детей из неблагополучных семей, не привитых БЦЖ, было 2 раза больше, чем во 2-й группе, что объяснялось большим числом патологии новорожденных в 1-й группе семей. Однако по поствакцинальным рубцам дети из семей обеих групп существенно не различались: размер рубца составил 2-4 мм, у половины детей он отсутствовал.

При поступлении в туберкулезное отделение у 60% детей из неблагополучных семей состояние было расценено как тяжелое, у 28,6% - как средней тяжести. Состояние заболевших детей из семей 2-й группы было расценено как тяжелое только в 17,2% случаев. У детей из семей 1-й группы первичный туберкулезный комплекс и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов диагностированы соответственно в 47,2 и 50,1% случаев. В то же время у детей из семей 2-й группы преимущественно (в 57,2% случаев) встречался туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Характерно отсутствие в 1-й группе ранней туберкулезной интоксикации, тогда как у детей из семей 2-й группы эта форма была установлена в 7,2% случаев. У детей из семей 1-й

группы почти в 3 раза чаще, чем у детей из семей 2-й группы отмечалось осложненное течение первичного туберкулеза (в 47 и 17,7% случаев соответственно), в основном острые гематогенные диссеминации. Туберкулиновая чувствительность по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л у детей из благополучных семей была выше, чем у детей из неблагополучных семей.

При обследовании в стационаре, помимо специфической патологии, у ряда детей выявлены различные неспецифические процессы (рахит, гипотрофия, анемия, аскаридоз, лямблиоз, энтеробиоз, хронический тонзиллит, дискинезия желчевыводящих путей). Причем почти у половины детей 1-й группы туберкулезный процесс сочетался с гипотрофией и рахитом, а у детей из благополучных семей это сочетание встречалось в 3-4 раза реже.

Литература:

1. Туберкулез у детей и подростков//О.И. Король, М.Э. Лозовский.- Издательство «Питер».- 2005. – 424 стр.
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 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:616-053.2-056.2

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ

К.Б. Дюсембекова

УЧМК «Венера», г. Семей

Резюме

Нами была проведена оценка состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей различных возрастных групп в зависимости от клинического типа.

Анализ симптоматики поражения лимфоэпителиальной глоточной системы показало, что изменения лимфоэпителиального кольца была патогномичной для второго клинического типа часто болеющих детей во всех возрастных группах, однако и при первом клиническом типе отмечалась более чем у половины детей с тенденцией к увеличению в старших возрастных группах.

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫ ЖІІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Біз әр түрлі жастағы жиі ауыратын балалардың клиникалық түріне байланысты лимфоэпителиалды жұтқыншақ жүйесінің жағдайын тексердік.

Сараптама қортындысы лимфоэпителиалды жұтқыншақ жүйесінің өзгерісі барлық жастағы жиі ауыратын балалардың екінші клиникалық түріне тән екендігін көрсетті, алайда бірінші клиникалық түрдің жартысынан астам балаларында жастары ұлғайған сайын лимфоэпителиалды жұтқыншақ жүйесінің өзгерістері болатындығы анықталды.

Summary

HEALTH STATE OF FREQUENTLY ILL CHILDREN AT SEMEY CITY

We conducted estimation the condition of lymph epithelial pharyngeal (throat) system at frequently ill children of different age groups at dependence from clinical type.

Analysis the symptoms of lymph epithelial throat system' damage showed that changes lymph pharyngeal ring were pathognomic for second clinical type of frequently ill children at different age groups. But at first clinical group was marked this specialty at more than half part of children group. Also present some tendency to increasing rate of revealing these changes at old age groups of first clinical type.

Результаты многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в среднем каждый ребенок переносит от 3 до 5 эпизодов ОРЗ в год

[1]. В зависимости от возраста, эпидемиологических и социальных условий удельный вес детей, часто болеющих острыми респираторными инфекциями, в детской

популяции может достигать 30-50% [2,3,4]. При этом состояние лимфоэпителиальной глоточной системы у то болеющих детей во многом определяет частоту и течение респираторных заболеваний.

Целью нашего исследования было изучение состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей г. Семей.

Всего обследованы 155 часто болеющих детей в возрасте от 5 до 14 лет, распределенных на 3 возрастные группы: 5-6 лет (31,6%), 7-11 лет (33,6%) и 12-14 (34,8%) лет. В контрольную группу были включены эпизодически болеющие дети аналогичного возрастного состава.

Нами была проведена оценка состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей

различных возрастных групп в зависимости от клинического типа. Полученные данные представлены в таблицах 1-3.

В младшей возрастной группе отмечалось значительное преобладание симптоматики нарушений морфофункционального состояния лимфоэпителиальной глоточной системы при втором клиническом типе. Так, гипертрофия глоточной миндалины была зарегистрирована у них в 73,9% случаев, при первом клиническом типе – в 26,9%, а II степени она достигала только при втором клиническом типе – в 21,7% случаев. Симптоматика аденоидита была зафиксирована при втором клиническом типе в 2 раза чаще, чем при первом (39,1%). Наконец, затрудненное носовое дыхание при втором клиническом типе зарегистрировано в подавляющем большинстве случаев (82,6%), в то время как при первом – примерно у половины детей (53,8%).

Таблица 1. - Особенности показателей состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей младшей возрастной группы (5-6 лет) в зависимости от клинического типа.

Симптомы	Первый тип, n=26		Второй тип, n=23		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Затрудненное носовое дыхание	14	53,8±9,8	19	82,6±7,9	<0,05
Гипертрофия глоточной миндалины:					
I степени	7	26,9±8,7	12	52,2±10,4	>0,05
II степени	-	-	5	21,7±8,6	<0,05
Аденоидит	5	19,2±7,7	9	39,1±10,2	>0,05

В возрастной группе 7-11 лет различия между клиническими типами по показателям состояния лимфоэпителиальной глоточной системы отчасти нивелировались. Так, общее число детей с гипертрофией глоточной миндалины при втором клиническом типе составило 24 (88,9%), а при первом – 13 (52,0%). Аденоидит был

диагностирован в 59,3% и в 36,0% случаев соответственно. Выявленная частота затрудненного носового дыхания составила 81,5% и 64,0% соответственно. При этом следует обратить внимание на увеличение частоты выявленных симптомов при обоих клинических типах по сравнению с младшей возрастной группой.

Таблица 2. - Особенности показателей состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей средней возрастной группы (7-11 лет) в зависимости от клинического типа.

Симптомы	Первый тип, n=25		Второй тип, n=27		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Затрудненное носовое дыхание	16	64,0±9,6	22	81,5±7,5	>0,05
Гипертрофия глоточной миндалины:					
I степени	11	44,0±9,9	14	51,9±9,6	>0,05
II степени	2	8,0±5,4	10	37,0±9,3	<0,05
Аденоидит	9	36,0±9,6	16	59,3±9,5	>0,05

В старшей возрастной группе были получены данные, представленные в таблице 3.

По отношению к двум ранее описанным возрастным группам, в возрасте 12-14 лет заметных отличий по частоте гипертрофии глоточной миндалины нами не было зарегистрировано. Напротив, при обоих клинических типах отмечалось повышение доли детей со II сте-

пенью гипертрофии. В то же время, доля детей с симптоматикой затрудненного носового дыхания и аденоидита уменьшилась, что, вероятно, связано с проводившимся у них лечением. Соотношения частоты выявления гипертрофии глоточной миндалины изменилось в сторону повышения при первом клиническом типе, аденоидита – при втором клиническом типе.

Таблица 3. - Особенности показателей состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей старшей возрастной группы (12-14 лет) в зависимости от клинического типа

Симптомы	Первый тип, n=29		Второй тип, n=25		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Затрудненное носовое дыхание	14	48,3±9,3	17	68,0±9,3	>0,05
Гипертрофия глоточной миндалины:					
I степени	12	41,4±9,1	12	48,0±10,0	>0,05
II степени	4	13,8±6,4	11	44,0±9,9	<0,05
Аденоидит	7	24,1±7,9	15	60,0±9,8	<0,05

Таким образом, симптоматика поражения лимфоэпителиальной глоточной системы была патогномичной для второго клинического типа часто болеющих детей во всех возрастных группах, однако и при первом клиническом типе отмечалась более чем у половины детей с тенденцией к увеличению в старших возрастных группах.

Литература:

1 Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Иммунокорригирующая терапия часто и длительно болеющих детей. - М., 2001. - С.68.

2 Макарова З.С. Часто болеющие дети и их реабилитация в условиях поликлиники // Поликлиника. - 2005. - №1. - С.14-17.

3 Таточенко В.К., Дорохова Н.Ф., Шмакова С.Г. Экологические факторы и болезни органов дыхания у детей // Экология и здоровье детей / под ред. М.Я. Студеникина, А.А. Ефимовой. - М.: Медицина, 1998. – С.247-272.

4 Самсыгина Г.А., Фитилев С.Б., Левин А.М. Биопрокс в лечении острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей (по материалам многоцентрового исследования по программе ЧИБИС) // Педиатрия. – 2005. - №2. – С.81-86.

УДК 616.24-002-053.2

ЭМПИРИЧЕСКАЯ РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукенов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова,
А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова

*Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии, кафедра медицины катастроф и инфекционных болезней
Государственный медицинский университет города Семей*

Резюме

Гнойно – воспалительные процессы в оболочках и ткани мозга являются одними из самых тяжелых форм бактериологического, а иногда грибкового и вирусного процессов. В рациональной фармакотерапии такого вида инфекций, одно из основных мест занимают химиотерапевтические этиотропные препараты

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА МЕНИНГИТТЕРДІ АНТИБИОТИКТЕРМЕН РАЦИОНАЛЬДЫ ЭМПИРИКАЛЫҚ ЕМДЕУ

Мидың қабаттарымен тіндеріндегі іріңді қабыну процесстер бактериологиялық, сондай-ақ ұсақ саңырауқұлақтармен және вирустармен шақырылған үрдістердің аса ауыр формаларының бірі болып табылады. Осындай инфекциялардың рациональды фармакологиялық емінде негізгі орындардың біріне этиотропты химиотерапиялық заттар ие болады.

Summary

THE EMPIC RATIONAL ANTIBACTERIAL THERAPY THE MENINGITIDES

The meningitides and other diseases of mind are very difficult forms bacteriological, And not more often micos and virus infection. In rational pharmacotherapy one of the main are antibacterial preparations.

Гнойно – воспалительные процессы в оболочках и ткани мозга являются одними из самых тяжелых форм бактериологического, а иногда грибкового и вирусного процессов. В рациональной фармакотерапии такого вида инфекций, одно из основных мест занимают химиотерапевтические этиотропные препараты, активные в отношении возбудителей инфекции. Немаловажное значение имеют также средства патогенетической и симптоматической терапии, без которых рациональность лечения, как правило, не может быть обеспечена. Однако вопрос о наиболее эффективной и безопасной патогенетической и симптоматической фармакотерапии

при инфекциях мозга (ЦНС) необходимо рассматривать отдельно, поскольку не все они, как впрочем, и антибактериальные лекарственные средства могут быть применены для рационального лечения менингитов. Основное препятствие – это плохое проникновение или вообще не проникновение через гематоэнцефалический барьер.

В таблице 1 представлены основные антибактериальные препараты, которые по проведенным нами исследованиям, могут применяться для лечения инфекций ЦНС в г. Семей.

Таблица 1. Основные антибактериальные лекарственные средства для химиотерапии менингитов

Класс химиопрепаратов	Представители
Бета – лактамы: Пенициллины	Бензилпенициллин, ампициллин, оксациллин, метициллин, мезлоциллин, пиперациллин, тикарциллин, азлоциллин
Цефалоспорины	Цефуроксим, цефтриаксон, цефотаким, цефтазидим, цефпирим
Производные пара - нитрофенила	Хлорамфеникол
Аминогликозиды	Гентамицин, амикацин, тобрамицин. Метилмицин
Гликопептиды	Ванкомицин
Фторхинолоны	Пефлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин
Сульфаниламиды+диаминопиримидины	Ко – тримоксазол, сульфатон и аналоги
сульфаниламиды	Сульфазин, сульфамонетоксин, сульфапиридазин, др.
Ди-N- оксихиноксалины	Диоксидин
5 - нитроимидазолы	Метронидазол, тинидазол, орнидазол

Необходимо отметить, что проведенными исследованиями, установлено, что для лечения менингитов, антибактериальные средства класса макролидов, линкозамидов, производные 5 – нитрофурана, хинолина и нефторированные хинолоны применяться не должны. Из группы тетрациклинов можно рекомендовать только доксициклин, и то, при менингитах, вызванных *Leptospira*. Больше всего это связано с бактериостатическим

действием групп и очень плохим проникновением в спинномозговую жидкость (СМЖ).

В проведенных исследованиях выявлены наиболее частые возбудители менингитов у детей г. Семей (n=132), определены их устойчивость к антибиотикам, а также изучена фармакокинетика препаратов с целью определения схем рациональной антибиотикотерапии. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2. - Антибактериальная терапия менингитов у детей г. Семей

Группа, возраст	Эмпирическая терапия	Наиболее частые возбудители	Этиотропная терапия	Курс, сут.
I (новорожденные)	Цефамандол (ЦМ) + аминогликозиды (АГ) II или III поколения	Str B; spp.; pneumoniae	ЦМ ± АГ II или III поколения	14
		Энтеробактерии	Цефотаксим ± АГ II или III поколения	21
II (1 – 6 мес., 6- 12 мес.)	ЦМ или цефотаксим или цефтриаксон + АГ II или III поколения Резерв 1 препарата – ампициллин	<i>Listeria monocytogenes</i>	ЦМ + АГ II или III поколения	14
		<i>H.influenza</i>	Цефотаксим или цефтриаксон	10
		Str.B или spp. Энтеробактерии	ЦМ + АГ II или III поколения	14
III (1 год - 5 лет)	Цефазолин или цефотаксим или цефтриаксон	<i>Listeria monocytogenes</i>	Цефотаксим + АГ II или III поколения	21
		<i>N.meningitidis</i>	Ампициллин + АГ II или III поколения	14
		<i>H.influenza</i>	Цефотаксим или цефтриаксон	10
IV (старше 5 лет)	Цефотаксим или цефтриаксон	Str. Pneumoniae	Цефазолин	10
		<i>N.meningitidis</i>	Цефотаксим	10
		Str.pneumoniae; Str.spp.	Цефазолин	7-10

Необходимо отметить, что пока еще нет антибактериального препарата, полностью отвечающего всем требованиям для рационального лечения бактериальных менингитов. Тем не менее, высокая активность с широким спектром действия, хорошее проникновение через ГЭБ и относительная безопасность, и хорошая переносимость делают наиболее эффективными и рациональными группу цефалоспоринов.

Назначения отличаются от стандартных (справочных). Режим дозирования и путь введения строго инди-

видуальные. Не рекомендуется применять тиенам, несмотря на его высокую активность и проникновение в СМЖ до 75-98%, так как побочные эффекты препарата на ЦНС у детей развиваются сразу после начала терапии. Вероятнее всего, препарат необходимо оставить для глубокого резерва (терапии «последний шанс»).

Литература:

1. Падейская Е.Н. Российский национальный конгресс : «Человек и лекарство», Москва, 2005.

УДК 616.36-053.2-071

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Р.К. Искакова

КГКП «Детская больница №1», г. Усть-Каменогорск

Тұжырым

БАЛАЛАРДАҒЫ БАУЫРДЫҢСОЗЫЛМАЛЫ АУРУЛАРЫНЫҢ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҢ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Вильсон сырқаты және Гоше сырқаты, гликогенді сырқаты кезінде ішкі ағзаларды және оның қан тамырларының күйін тексеру үшін ультрадыбысты зерттеу көптеген ажырату-диагностикалық белгілерді анықтап, осы сырқаттарды зерттеу барысының алғашқы сатыларында анықтау мүмкіндігі анықталды.

Summary

ULTRASOUND CHANGES IN CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES IN CHILDREN

Application of ultrasonic research of internalss and donnперографического research of vessels of portal and blood stream expediently for children with illness of Vilson, by illness Goshe, because allows to educe the row of differentially-diagnostic signs and suppose the presence of these diseases on the first stages of inspection.

Актуальность. Метаболические заболевания занимают важное место среди хронических диффузных заболеваний печени. Наиболее распространенными в этой группе являются болезнь Вильсона, гликогеновая болезнь и болезнь Гоше /4/. Эти заболевания вызваны генетически обусловленной недостаточностью какого-

либо фермента. Их общим патогенетическим признаком является накопление в ткани печени и других органах различных веществ. Первые клинические проявления отмечаются в детском возрасте. Болезнь Вильсона представляет собой наследственное заболевание, связанное с накоплением меди в печени и других органах,

что приводит к развитию хронического гепатита и в последующем к циррозу печени [2,3,8]. Гликогеновая болезнь (ГБ) объединяет группу заболеваний, в основе которых лежит генетическое нарушение углеводного обмена, характеризующееся избыточным накоплением гликогена в различных органах. Клинически со стороны внутренних органов ведущим признаком является выраженная гепатоспленомегалия [1]. Ультразвуковые (УЗ) методы исследования печени, включающие эхографию (ЭГ) и доплерографическое (ДГ) исследование сосудов, является доступным неинвазивным методом, практически не имеющим ограничений для использования в педиатрии. В большинстве научных работ, посвященных изучению метаболических болезней печени, подчеркивается необходимость комплексного обследования больных с применением, помимо клинических, лабораторных данных и результатов гистологического исследования печени, методов медицинской визуализации [5,6,7]. Согласно литературным данным, некоторыми авторами изменения УЗ картины печени и селезенки при болезни Вильсона оцениваются как неспецифические. Однако, современный уровень технического прогресса и повышение разрешающей способности ультразвуковой аппаратуры позволяет более тщательно визуализировать детали строения органа и по новому оценить особенности паренхимы печени и селезенки при болезни Вильсона у детей [8]. При гликогеновой болезни (ГБ) описываются изменения клинико-лабораторных данных при различных ее типах, встречаются также работы, дающие характеристику картине печени и других органов (сердце) по данным УЗ или компьютерной томографии при каком либо одном типе ГБ. Практически отсутствуют работы, сопоставляющие ЭГ и ДГ изменения печени у детей с различными типами ГБ. В большинстве работ, посвященных поражению печени при болезни Гоше, исследуется первый тип заболевания. Авторы отмечают, что спленомегалия является постоянным признаком, при этом лишь единичные исследования посвящены оценке паренхимы печени, получаемой различными методами медицинской визуализации у взрослых пациентов.

Таким образом, изучение ЭГ и ДГ изменений в печени, селезенке, а также особенностей гемодинамики по сосудам портальной системы и чревного ствола при этих заболеваниях представляется актуальной проблемой.

Цель исследования:

Установить диагностическую значимость ультразвуковых методов исследования при метаболических болезнях печени у детей.

Задачи исследования:

1. Определить особенности УЗ картины печени и селезенки при болезни Вильсона, гликогеновой болезни и болезни Гоше у детей.

2. Определить основные параметры гемодинамических показателей портальной системы и чревного ствола при этих заболеваниях.

3. Установить зависимость изменений ультразвуковых и гемодинамических параметров от возраста детей и стадии заболевания.

Материал и методы исследования

Нами проведено обследование детей в возрасте от года до 12 лет. Количество обследованных детей - 48. Особенностью УЗ картины паренхимы печени и селезенки при болезни Вильсона были выявляемые в 70% случаев гипозоногенные участки, единичные или множественные, с нечетким контуром, размерами от 6 до 10 мм. У детей после 10-12 лет, не получавших лечение, возрастало частота встречаемости УЗ признаков цирроза. Особенности эхографической картины печени

при гликогеновой болезни являлись: выраженная гепатомегалия преимущественно за счет левой доли печени, мелкоочаговая диффузная неоднородность паренхимы печени с ослаблением УЗ в ее дистальных отделах, наличие аденом (при ГБ III типа - в 30% случаях, с I типом - у 16% больных). Особенности эхографической картины при болезни Гоше являлись: выраженная гепатоспленомегалия, однотипность эхографических изменений паренхимы печени и селезенки характеризующихся повышенной эхогенностью, мелкоочаговой диффузной неоднородностью, а также визуализации у 22% больных гипозоногенных участков размерами 11-26 мм с неровным нечетким контуром - "узлы" Гоше. Изменения доплерографических параметров кровотока при болезни Вильсона характеризались увеличением объемного кровотока по воротной вене и повышением индекса резистентности по печеночной артерии; при гликогеновой болезни - снижением объемного кровотока по воротной вене и двухфазной формой ДГ кривой; при болезни Гоше - повышением объемного кровотока по селезеночной вене. Допплерографические показатели кровотока по сосудам портальной системы и чревного ствола при болезни Вильсона, гликогеновой болезни и болезни Гоше не являются специфическими, а отражают изменения гемодинамики при этих заболеваниях. Метод ДГ следует рассматривать как дополнительное исследование, помогающее уточнить стадию заболевания.

Выводы.

1. Применение ультразвукового исследования внутренних органов и доплерографического исследования сосудов портального и чревного кровотока целесообразно у детей с болезнью Вильсона, гликогеновой болезнью, болезнью Гоше, так как позволяет выявить ряд дифференциально-диагностических признаков и предположить наличие этих заболеваний на первых этапах обследования.

2. Наиболее информативными ДГ параметрами портального и чревного кровотока, позволяющими косвенно судить о степени портальной гипертензии являются: индекс резистентности для артерий, объемный кровоток для воротной и селезеночной вены, форма ДГ кривой по печеночной вене.

3. В связи с методическими особенностями проведения ДГ исследований, данный метод рекомендуется применять у детей старше 8 лет.

Литература:

1. Аплажиль Д., Одьевр М. Заболевания печени и желчных путей у детей. -М.: Медицина, 1982 239 с.
2. Багаева М.Э., Каганов Б.С., Готье С.В. и др. Клиническая картина и течение болезни Вильсона у детей // Вопросы современной педиатрии -2004-3(5)-С.13-8.
3. Багаева М.Э. Течение болезни Вильсона у детей: Автореф.дис. канд.мед.наук. / НЦЗД РАМН - Москва 2004-24с.
4. Басистова А.А., Баранов А.А., Каганов Б.С., Буканович О.В. Болезнь Гоше у детей // Вопросы современной педиатрии 2004 - Т.3. №5 - С.47-53.
5. Зубарев А.В. Диагностический ультразвук. М.: Реальное время, 1999. -286 с.
6. Учайкин В.Ф., Чередниченко Т.В. Острый гепатит С у детей // Детский доктор. 2000. - №3. - С. 12 - 14.
7. Brunelle F, Tammam S, Odievre M, Chaumont P Liver adenomas in glycogen storedisease in children. Ultrasound and angiographic study// *Pediatr Radiol.*-1984,-14(2)-94-101.
8. Yuce A., Kosak N., Gurakan F. et al. Wilson's disease with hepatic presentation in childhood // *Indian Pediatr.* 2000. - V. 37(1). - P. 31 – 36.

УДК 616.831-007.23-053.2

АТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

А.К. Мукашева

*Детская областная больница, г. Павлодар***Тұжырым****МИЙДЫҢ АТРОФИКА ӨЗГЕРІСТЕРІ БАЛАЛАРДА**

Шешім қойылған сол ЦНС-тың ұтылуының ауыр формалары балаларда жарымжандықтың өсуіне алып келетін және бала өлім-жітімі мидың құрылымдық бұзушылықтарының клиникалыққа дейін анықталуы және келесі емдік-алдын алу бағдарлама керек айғақ бұл бағдарламаның негізінде ерте диагностика бұл сапалы субэпендимальныхтардың қан құйылу туған өмірінің алғашқы күн өткізілетін мұрттар жатады екен болып табылады. Бұл және Чмт жатады - миды УДЗдың өткізуін қажеттілік алғашқы сағаттарда Чмттан кейін.

Summary**ATROFICHESKIH CHANGE THE BRAIN IN CHILDREN**

Conclusion established is the fact that severe forms of CNS in children leads to increased disability and child mortality must be pre-clinical detection of structural abnormalities the brain and subsequent treatment - prevention program The basis of this program is the US-screening conducted in the first days of the newborn, early diagnosis, as it were benignsubendymal krovoizliyanii. Eto and refers to brain injury - the need for ltrasound of the brainin the first hours after head injury.

У детей младшего возраста причиной атрофических изменений головного мозга являются интранатальные церебральные повреждения (геморрагического и ишемического характера), а у детей старшего возраста - постнатальная ЧМТ. Ишемические поражения локализируются в зонах пограничного кровообращения между бассейнами передней, средней, и задней мозговых артерий. Наиболее тяжелые изменения определяются у детей в состоянии мозговой комы, что обусловлено никротезацией вещества мозга и базальных ганглиев. Ишемическое поражение базальных ганглиев и зрительных бугров могут отмечаться как у недоношенных детей, так и у доношенных.

Парасагитальный ишемический некроз характеризуется поражением коры и подлежащего белого вещества в области медиальных парасагитальных отделов полушарий. Данный процесс может иметь достаточно изолированный характер или комбинировать с общими тяжелыми проявлениями гипоксически - ишемического поражения. При ультразвуковых исследованиях характерно выявление парасагитально расположенных зон повышенной эхогенности с последующим расширением межполушарной щели в области поражения. Расширение может иметь локализованный характер или захватывать большой объем межполушарной щели. На поздних стадиях процесса обычно присоединяются расширения боковых желудочках, субарахноидального пространства в результате развития атрофических изменений со стороны вещества мозга. Основные признаки АИГМ считаются УС - признаки расширения (локального или диффузного) боковых желудочков мозга, периинсулярных ликворных пространств, базальных цистерн, асимметрию залегания отдельных фрагментов рисунка желудочков мозга с их смещением по направлению к зоне преимущественной атрофии.

Основным признаком АИГМ являются внутричерепные кисты.

У детей до 3 лет при кистах обязательно наличие ограниченной зоны анэхогенности с гиперэхогенным тонким ободком по ее периферии.

По мере разжижения содержимого кисты, постепенно нарастает гиперэхогенность участка ее стенки, наиболее удаленного от датчика (УС – феномен дорсального усиления).

Если киста является следствием атрофического процесса, то выявляется и другие УС - признаки АИГМ. Так как инфаркты головного мозга играют важную роль

в структуре летальности новорожденных и инвалидности детей, в связи с тем, что в области ишемии мозга развивается коагуляционный некроз (острая стадия) с последующим формированием мелких полостей (стадия мелких кист) и наконец. В резидуальном периоде возникают атрофии головного мозга. Чем тяжелее перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ), тем большую протяженность вдоль контура боковых желудочков имеет гиперэхогенная зона. Иногда в области ПВЛ возникают очаги еще более высокой эхогенности - это зоны гемморагии. Кистозные полости формируются обычно через 10 - 20 дней после инфаркта. С течением времени кисты в области ПВЛ формируются в мелкие глиальные рубцы. В некоторых случаях небольшие кисты сливаются, образуя внутричерепные полости (постинфарктные кисты). Для которых характерно наличие в полости перегородок. Кортикальная атрофия - это расширение борозд мозга в парасагитальной зоне и межполушарной щели (фалькс визуализируется как самостоятельная структура). При диффузных подкорковых атрофических изменениях возникает пассивное расширение желудочков мозга из-за уменьшения объема прилежащей к вентрикулярной стенке мозговой ткани, возникает трех желудочковая резидуальная вентрикуломегалия перивентрикулярных кровоизлиянии (ПВК) - в большинстве случаев исходным местом внутричерепных кровоизлиянии у новорожденных является перивентрикулярная зона. Для недоношенных - это область герминального матрикса, а для доношенных - сосудистое сплетение. В зависимости от кровоизлияние различают 4 степени гемморагии Установленным является тот факт, что тяжелые формы кровоизлияния у недоношенных новорожденных в 95 % возникают при прорыве в боковые желудочки мозга первоначально существующих доброкачественных субэпендимальных кровоизлиянии.

Внутричерепные гематомы (ВМГ) у новорожденных могут быть как первичными, так и вторичными. Источник первичных ВМГ - поврежденный сосуд в области гематомы (следствие механической травмы, васкулита, аномалии). При вторичных ВМГ причиной их формирования чаще всего герминально - матриксная гемморагия я, сопровождающаяся заполнением кровью бокового желудочка, с проникновением крови из бокового желудочка в прилежащую ткань мозга - внутримозгово - внутримозговые кровоизлияния. - ПВК 4ст. Во всех случаях на месте ВМГ в резидуальном

периоде формируется киста – внутримозговая (порэнцефалическая). Специфическое осложнение ПВК – постгеморрагическая гидроцефалия (ПГГ), одна из самых частых причин блокада сгустками крови путей ликворооттока, другая причина - развитие переходящих или стойких изменений арахноидальных ворсин, являющихся основным элементом системы ликворной резорбции, чем тяжелее ПВК, тем чаще и более выраженной бывает ПГГ. Чаще всего в резидуальном периоде ПВК обнаруживается значительная асимметрия боковых желудков, как проявления церебральной атрофии.

У детей старшего возраста атрофические изменения головного мозга могут быть после перенесенных. Черепно - мозговых травмах. Динамика УС - изображения при ушибах головного мозга тяжелой степени заключается в проявлении 5 стадии. Стадия нарастающей экзогенности, в течение 2 - 8 дней после ЧМТ. Стадия максимальной гиперэкзогенности до 6 дней, стадия снижения экзогенности. Стадия формирования резидуальных изменений 2 - 4мес., после ЧМТ. В резидуальном периоде формируются атрофические очаги уплотнения мозга (ГЛИОЗ),

АНЭХОГЕННЫЕ ЗОНЫ, (КИСТЫ) признаки локальной вентрикуломегалии и порэнцефалии. Эти изменения могут возникать уже к 40 дню после травмы.

Заключение: установленным является тот факт, что тяжелые формы поражения ЦНС у детей приводит к повышению инвалидности и детской смертности. Необходимо доклиническое выявление структурных нарушений головного мозга и последующая лечебно - профилактическая программа. В основе этой программы лежит УС - скрининг, проводимые в первые дни жизни новорожденного, ранняя диагностика как-бы доброкачественных субэпендимальных кровоизлияний. Это и относится к ЧМТ - необходимость проведения УЗИ головного мозга в первые часы после ЧМТ.

Литература :

1. Ультрасонография в нейрорепедиатрии. Новые возможности и перспективы. А.С. Иова, Ю.А. Гармашов, Н. В. Андрущенко, Т.С. Паутницкая. Санкт- Петербург 1997г.

2. Ватолин К.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей. Москва 2000г.

УДК 616.155.194.8-08-053.2

ВЫБОР ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ФЕРРОТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

О.А. Ким

КГКП «Павлодарская областная детская больница», г. Павлодар.

Резюме

Железодефицитная анемия (ЖДА) составляет более 80% всех анемий у детей. У детей раннего возраста может способствовать нарушению миелинизации нервных волокон, формирования структур мозга, что сопровождается задержкой умственного и моторного развития. В статье приведены результаты лечения препаратом Феррум Лек 56 детей с ЖДА.

Тұжырым

ТЕМІР ЖЕТІСПЕЙТІН ҚАНЫ АЗДЫҚ БАЛАЛАРДАҒЫ ФЕРРОТЕРАПИЯ ҮШІН БЕЗДІН ПРЕПАРАТТАРЫНЫҢ ТАҢДАУЫ

Темір жетіспейтін қаны аздық балалардағы барлық қаны аздықтардан 80 % құрайды. Қаны аздықтың ерте жас шамасының балаларында жүйке талшықтарының миелинденуді бұзылысы, зерделі және моторлы дамытуды тоқтаумен жарысайтын мидың құрылымдарының құрастыруына мүмкіндік туғыза алады. Баптада темір жетіспейтін қаны аздығымен ауратын 56 балаларының Лекко Феррумы препараттымен емдеудің нәтижелері келтірілген.

Summary

THE CHOICE OF IRON PREPARATIONS FOR FERROTHERAPY AT IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN

Iron deficiency anemia (IDA) concern more than 80% of all anemias at children. In infants may contribute to violation of myelination of nerve fibers, the formation of structures in the brain that is accompanied by mental retardation and delay of motor development. The results of treatment with Ferrum Lek in 56 children with IDA are shown.

Железодефицитная анемия (ЖДА) оставляет более 80% всех анемий у детей [1]. Наиболее предрасположены к развитию ЖДА дети раннего возраста и подростки. В настоящее время показано, что длительный дефицит железа у детей раннего возраста может способствовать нарушению миелинизации нервных волокон, формирования структур мозга, что сопровождается задержкой умственного и моторного развития. Нередко симптомы дефицита железа в раннем возрасте, особенно во втором полугодии жизни, мало заметны [8]. У подростков симптомы железодефицитного состояния (ЖДС) могут иметь своеобразный характер – наблюдается повышенная утомляемость, мышечная слабость,

снижение памяти, снижение эмоционального тонуса и др. Этот астенический синдром часто связывают с переутомлением, особенностями подросткового периода и другими причинами, что может приводить к поздней диагностике железодефицита [3]. ЖДА и латентный дефицит железа (ЛДЖ) заметно ухудшают качество жизни больных, приводят к снижению успеваемости, невротическим реакциям, конфликтам в школе и дома. Нередко при своевременной диагностике ЖДА у детей проводится нерациональная ее терапия (например, применение только диетотерапии, парентеральное введение препаратов железа, лечение большими дозами препаратов железа или короткими курсами и др.) [1,6].

Сегодня на фармацевтическом рынке страны имеется большой выбор препаратов железа, представленных монокомпонентными и комбинированными соединениями солей железа и препаратов на основе гидроксид-полимальтозного комплекса. Перед врачом педиатром встает непростая задача дифференцированного подбора препарата железа для ребенка с учетом не только эффективности, но и их переносимости. Терапия железодефицитных состояний должна быть направлена на устранение причины и одновременное восполнение дефицита железа железосодержащими препаратами. Принципы лечения ЖДА сформулированы Л.И. Идельсоном в 1981 году [6] и не потеряли своей актуальности до настоящего времени.

Главные постулаты Л.И. Идельсона о лечении ЖДА:

- ✓ возместить дефицит железа только с помощью диетотерапии без препаратов железа невозможно;
- ✓ терапия ЖДА должна проводиться преимущественно пероральными препаратами железа;
- ✓ терапия ЖДА не должна прекращаться после нормализации уровня гемоглобина;
- ✓ гемотрансфузии при ЖДА должны проводиться только по жизненным показаниям.

Выбору препарата для коррекции железодефицита придается особое значение, поскольку длительность лечения составляет несколько месяцев. При этом важна не только высокая эффективность лечения, но и отсутствие побочных эффектов, особенно в педиатрической практике.

Цель исследования: состояла в изучение эффективности препарата Феррум Лек при лечении ЖДА у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 56 детей от 4 месяцев до 5 лет, у которых отмечалась ЖДА. Из них 32 — мужского пола (57,1%), 24 — женского (42,9%). По возрасту пациенты: от 4 месяцев до 1 года — 21 ребенок (37,5%), от 1 года до 3х лет — 19 (33,9%), от 3х до 5 лет — 16 детей (28,6%). По тяжести анемии: легкая анемия легкой степени отмечена у 33 (59%), средней степени у 18 (32%), тяжелой степени у 5 (9%) ребенка.

В группу больных с тяжелой формой анемии не были включены те пациенты, которым необходимо было назначение гемотрансфузии. Пациентам проводились гематологические, биохимические исследования. Клинико-лабораторный мониторинг проводился в динамике в течение всего периода лечения с месячным интервалом. Полное лабораторное исследование проводилось во время первого визита врача и после окончания лечения. В начале и конце лечения проводилось определение уровня гемоглобина, эритроцитов и ретикулоцитов, сывороточного железа, ОЖСС.

На этапах с месячным интервалом проводилось определение уровня гемоглобина, эритроцитов и ретикулоцитов. Наблюдение осуществлялось на базе консультативной поликлиники Областной детской больницы г. Павлодара.

Результаты исследований и обсуждение. Пациенты получали гидроксид полимальтозный комплекс железа (III) препарат Феррум Лек в форме сиропа, который применяли при железодефицитной анемии (ЖДА) — из расчета 5 мг/кг/сутки, при профилактическом приеме 2,5 мг/кг/сутки. Препарат давали 2 раза в день перед едой, запивая соком. Исследование детей с целью подтверждения диагноза ЖДА включало в себя:

- определение уровня гемоглобина (Hb) (при анемии его уровень менее 110 г/л у детей до 5 лет);

- определение содержания сывороточного железа крови (при анемии более 63 мкмоль/л).

Среди 56 обследованных детей с ЖДА выявлено: анемия легкой степени отмечена у 33 (59%), средней степени у 18 (32%), тяжелой степени у 5 (9%) ребенка. Все дети с ЖДА получали терапию препаратом Феррум Лек в дозе 5 мг/кг/сутки. Длительность основного курса лечения препаратом Феррум Лек (в полной дозе) составила:

- при анемии легкой степени — 4 недели.
- при анемии средней степени — 8 недель.
- при анемии тяжелой степени тяжести 12 недель. Продолжительность профилактического приема Феррум Лек сиропа в дозе 2,5 мг/кг/сутки (с целью создания депо железа в организме) составила:
 - при анемии легкой степени — 4–6 недель
 - при анемии средней степени — 6 недель
 - при анемии тяжелой степени — 8 недель.

Таким образом, общая длительность ферротерапии при ЖДА составила от 10 до 20 недель. Наши наблюдения показали высокую эффективность препарата Феррум Лек при лечении ЖДА у детей. В среднем в течение 4-12 недель у всех детей нормализовался уровень гемоглобина и ОЖСС. На фоне лечения препаратом Феррум Лек отмечалось улучшение субъективного состояния: дети стали более активными, улучшился аппетит. Быстро пошла на спад клинические проявления анемии. Постепенно нормализовались показатели периферической крови.

В ходе исследования нами не выявлено каких-либо нежелательных реакций. Только у 14% детей, имеющих функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, отмечалась склонность к запорам и кишечной диспепсии на фоне лечения препаратом Феррум Лек. Курс лечения завершил 53 ребенка из 56 детей, что составило 94,6%. В 100% случаях дети принимали препарат Феррум Лек в форме сиропа с удовольствием. Лечение препаратом Феррум Лек в течение 4-12 недель привело к нормализации показателей уровня гемоглобина, улучшению показателей ОЖСС у всех обследованных детей с ЖДА. Общая длительность ферротерапии в этой группе пациентов составила 10-20 недель.

Выводы. Отсутствие осложнений и нежелательных явлений свидетельствует о безопасности применения препарата Феррум Лек.

Важным преимуществом препарата Феррум Лек является не только его высокая эффективность, но и хорошая переносимость, а также удобная форма выпуска в виде сиропа, хорошие органолептические качества, что позволяет считать Феррум Лек оптимальным препаратом для лечения и профилактики ЖДА у детей раннего возраста.

Литература:

1. Анемии у детей: диагностика и лечение / Практическое пособие для врачей под редакцией Румянцевой А.Г., Токарева Ю.Н.. М.: МАКС Пресс, 2000 917.
2. Бисярина В.П., Казакова Л.М. Железодефицитные анемии у детей раннего возраста. М.: Медицина, 1976. 176 с.
3. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. — М., 2001. — С. 36—94.
4. Малова Н.Е., Коровина Н.А., Захарова И.Н. Блистинова З.А. Эффективность применения комплекса гидроксид железа (III) с полимальтозой (феррум лек) при железодефицитных состояниях у детей раннего возраста. Педиатрия. — 2002. — №6.

УДК 613.25-053.2

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Б.С. Саматова

*Областная детская больница, г. Павлодар***Резюме***Оценка эффективности комбинированных схем лечения ожирения у детей и подростков.***Тұжырым****БАЛАЛАРДАҒЫ ГИПОТАЛАМИЯЛЫҚ СЕМІЗДІКТІ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ***Балалар мен жасөспірімдерде семіздікті аралас емдеу түрін қолдану әсерін бағалау.***Summary****EXPERIENCE OF TREATMENT OF THE HYPOTHALAMIC FORM OF OBESITY IN CHILDREN***To estimate the effectiveness of combined treatments of obesity in children and adolescents.*

Ожирение в настоящее время является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о стремительном росте числа больных ожирением во всех странах. Тучность становится главной проблемой современного общества, является фактором риска многих хронических заболеваний (сахарного диабета типа 2, сердечно-сосудистых заболеваний, дислипидемий). Особого внимания заслуживает увеличение числа детей и подростков с избыточной массой тела, что делает неблагоприятным прогноз ситуации с ожирением в ближайшем будущем.

Мероприятия, направленные на борьбу с избыточной массой тела, базируются на рациональной диете, дозированных физических нагрузках и медикаментозной терапии. На основании данных исследования проведенного на базе курса эндокринологии АГИУВ, у всех детей, независимо от диагностированной формы ожирения с одинаковой частотой встречаются симптомы поражения ЦНС, что свидетельствует о диффузном поражении головного мозга и указывает на вовлечение в патологический процесс различных отделов ЦНС. Особенно с большей частотой неврологическая патология встречается у больных с гипоталамической формой ожирения. Обнаруженные изменения ЦНС послужили основанием для назначения таким пациентам, наряду с традиционными способами лечения, направленного на улучшение нейрометаболических и нейрохимических процессов в головном мозге. Были предложены схемы лечения из которых, опытным путем отобраны, наиболее приемлемые комбинации препаратов.

Цель исследования: оценка эффективности комбинированных схем лечения ожирения у детей и подростков.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 15 детей и подростков с выявленной гипоталамической формой ожирения. Возраст пациентов от 8 до 16 лет. У всех детей проводилось обследование (выяснялись жалобы, изучался анамнез жизни и болезни, биохимическое исследование крови - печеночные пробы, липидограмма, сахар крови с проведением СГТТ, также проводилось определение гормонального статуса (ТТГ, Т4св, кортизол, пролактин, ЛГ, ФСГ, тестостерон, ИРИ, С-пептид), УЗИ щ/ж, брюшной полости, консультация невропатолога с исследованием глазного дна, ЭЭГ, краниографии, спондилографии и по показаниям компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии головного мозга. При клиническом осмотре выявлены как правило, признаки эндогенного гиперкортицизма: отмечалось перераспределение подкожно-жирового слоя по центральному типу (по кушингоидно-

му типу, в виде «фартука» или «галифе»), гиперпигментация кожных складок, стрии широкие розовые (+ - ткань) на груди, бедрах, у девочек - гипертрихоз, нарушение менструального цикла, у мальчиков в 30% отставание в половом развитии - признаки гипогонадизма. ИМТ колебался от 30 до 42 кг/м². Ожирение 2 степени отмечалось у 62% больных и у 38% ожирение 3 степени. При определении стандартного глюкозотолерантного теста, нарушение толерантности к глюкозе выявлено в 2 случаях (13%). Инсулинорезистентность оценивалась после проведения теста определения иммунореактивного инсулина натощак и через 1 час после завтрака: в 33% случаев выявлено значительное повышение ИРИ натощак и после нагрузки завтраком. Сахарный диабет не выявлен ни у одного больного.

При гормональном обследовании выявлен субклинический гипотиреоз у 2 больных на фоне аутоиммунного тиреоидита, гиперкортизолемиа у 4 и гипогонадизм в 2 случаях.

Артериальная гипертензия выявлена у 6 больных (40%), в основном это проявления ВСД по смешанному типу у подростков. После консультации невропатолога и проведения неврологического исследования, патология ЦНС выявлена в 100% случаях: 2 больных с резидуально-органическим поражением ЦНС (у 1 в сочетании с эписиндромом), 4 - с гипертензионно-гидроцефальным синдромом, 9 больных с различными формами вегето-сосудистой дистонии (ВСД) и вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН). При проведении МРТ головного мозга в 2 случаях выявлены кисты головного мозга.

Обследование и лечение больных проводилось на базе соматического отделения Областной детской больницы и в условиях Областного Диагностического центра. Всем больным после обследования была назначена гипокалорийная диета (1200- 1800 ккал), дозированные физические нагрузки и медикаментозная терапия в виде: в/в капельного введения актовегина в дозе 2,0 -5,0 мл на физиологическом растворе №10, затем по 2,0 мл в/м №10, 6 больных с повышением АГ получали кавинтон 2,0 мл в/в капельно №3, препарат иАПФ- эналаприл в дозе 2,5-5 мг/сут. Все больные по показаниям получали лечение у невропатолога: цинаризин, кавинтон, пантокальцин, дегидратирующую терапию - диакарб, глицерин. 4 больным с инсулинорезистентностью был назначен сиофор в дозе 1000 мг/сут. Также назначено было по показаниям физиолечение: массаж воротниковой зоны, спины, э/форез с эуфилином на ш/о поз-ка. 10 детей и подростков были направлены на реабилитационное лечение в РДРЦ г. Астаны в эндокринологическое отделение, 6 из них получили

курс реабилитационной терапии повторно. Со всеми детьми проведены беседы по диетотерапии и психокоррекции. Наблюдение проводилось в течение года.

Результаты и выводы: В процессе наблюдения в течение года отмечался положительный эффект от лечения у всех пациентов. В первый месяц лечения ИМТ в разной степени снизился в 100%: масса тела снижалась от 0,5 кг до 7,4 кг/мес (в среднем на 2,6 кг). Но в дальнейшем отмечалось снижение эффективности лечения за счет ухудшения контроля, нарушения диеты.

На фоне снижения веса у большинства пациентов отмечается купирование неврологической симптоматики, улучшение настроения пациентов, повышение мотивации к лечению и соблюдению диеты.

Наилучшие показатели были у подростков, которые кроме стационарного лечения получали курс реабилитации в РДРЦ г. Астаны. У них отмечалось значительное похудание. У одного подростка с выраженным ожирением 3 степени зафиксирована нормализация ИМТ. Но при этом у него сохраняется повышение АД, он продолжает получать лечение по поводу ВСД.

Таким образом: комбинированная терапия у больных с гипоталамической формой ожирения является достаточно эффективной, снижение веса в первый месяц лечения произошло в 100% случаев.

В дальнейшем при соблюдении должной диеты, проведение комплексной терапии, направленной на оптимальную коррекцию метаболических нарушений, снижение массы тела, артериального давления, будет улучшать качество жизни пациентов, и приводить к профилактике многих хронических заболеваний.

Литература:

1. М.Е. Зельцер Р.К. Тлеуова Ожирение «Вестник эндокринологии» 2009г №1 стр. 45-48
2. Базарбекова Р.Б. Новые подходы к диагностике и лечению ожирения у детей. «Актуальные вопросы эндокринологии» 2002г стр. 17-21
3. Клиорин А.И. Ожирение в детском возрасте Л. Медицина 1978г с.175

УДК 616.831-009.11-053.2-08

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ф.С. Каримова, Д.Р. Бараисова, Ж.Х. Байтанатова, А.К. Мукашева, О.К. Жукова, А.К. Тасполатова

*КГКП «Детская областная клиническая больница», «Реабилитационный центр»,
КГКП «Поликлиника №4» г. Павлодара*

Резюме

Комплексный подход к терапии и реабилитации больных ДЦП, использование новых эффективных фармакологических средств разнонаправленного действия позволяют не только компенсировать имеющийся у них неврологический дефицит, но и улучшить качество их жизни и добиться адекватного уровня их социализации.

Түжырым

БАЛА МИ САЛЫНЫҢ ЕМДЕУІНЕ КЕШЕНДІ ЖОЛДАР

Терапияға және түрлі мақсаттағы әсердің ауру ДЦПтар, қолдану жаңа тиімді фармакологиялық құралдарының Ақтауының кешенді жолы неврологиялық дефициттің бар оларында орнын толтыруғана емес, олардың өмірі сапаландырсын және олардың социализациясының бірдей деңгейіне қол жеткізу де мүмкіндік береді.

Summary

INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF CEREBRAL PALSY

A comprehensive approach to treatment and rehabilitation of patients with cerebral palsy, the use of effective new drugs to multi-directional action can not only compensate for their existing neurological deficit, but also to improve their quality of life and to achieve an adequate level of socialization.

Детские церебральные параличи (ДЦП) — это группа прогрессирующих нарушений статических и двигательных функций, психического и речевого развития (нейромоторных дисфункций), возникающих вследствие поражения центральной нервной системы (ЦНС) на ранних этапах онтогенеза.

В этиопатогенезе ДЦП задействованы многочисленные пре-, интра- и постнатальные факторы. Так, поражение ЦНС, приводящее к ДЦП, может происходить вследствие: аноксии/асфиксии/гипоксии плода; недоношенной беременности; задержки внутриутробного развития; внутриутробного инфицирования; гемолитической болезни новорожденных (ГБН); тромбофилии у матери; аномалий развития ЦНС; других факторов.

Считается, что хромосомные дефекты также обладают определенной значимостью в развитии ДЦП. По классификации, предложенной К. А. Семеновой и соавторами (1973), выделяют шесть основных форм ДЦП: спастическая диплегия; двойная гемиплегия; гемипле-

гия; гиперкинетическая форма; атонически-астатическая форма; смешанная форма.

В соответствии с МКБ - 10 предлагается рассматривать следующие семь видов ДЦП: спастический церебральный паралич (двойная гемиплегия, тетраплегия); спастическая диплегия (синдром/болезнь Литтля); детская гемиплегия (гемиплегическая форма); дискинетический церебральный паралич (дистонический, гиперкинетический); атаксический церебральный паралич (атонически-астатическая форма); другой вид ДЦП (смешанные формы); ДЦП неуточненный. Симптомы и клинические признаки ДЦП значительно различаются в зависимости от имеющейся у детей формы болезни. Рассмотрим основные клинические проявления болезни в соответствии с выделением форм ДЦП, принятым в нашей стране: Спастическая диплегия (болезнь Литтля): тетрапарез с преимущественным поражением нижних конечностей. Двойная гемиплегия: тетрапарез с преимущественным поражением верхних конечностей.

Гемиплегия: преимущественно одностороннее поражение верхней конечности (паралич или парез). Гиперкинетическая форма ДЦП: двойной атетоз. Атонически-астатическая форма ДЦП: мышечная гипотония с выраженными нарушениями моторной координации. Смешанная форма ДЦП: сочетание различных проявлений других (перечисленных выше) форм заболевания.

В ряде случаев ДЦП могут сопутствовать следующие патологические состояния и болезни: речевые нарушения; тугоухость; интеллектуальная недостаточность или умственная отсталость; судорожные состояния (эпилепсия). У многих детей с ДЦП имеются признаки поражения ЖКТ, патология полости рта. Дети с ДЦП неэффективно используют пищевую энергию (вследствие низкой физической активности при спастических формах ДЦП и избыточной физической нагрузке — при гиперкинетических), что приводит к избыточному набору массы тела или ее дефициту (соответственно). Установление диагноза ДЦП основывается преимущественно на данных анамнеза и неврологического осмотра (топическая диагностика).

У детей первого года жизни ДЦП может быть заподозрен и/или установлен при наличии у пациентов патологической постральной активности и нарушений становления (или патологической трансформации) физиологических рефлексов. У детей более старшего возраста (> 2 мес) диагноз ДЦП устанавливается на основании ведущих клинических проявлений болезни, в частности: спастичности, атаксии, гиперкинезов, гиперрефлексии, наличия патологических рефлексов, задержки психомоторного развития и др. Дополнительные (инструментальные) методы исследования, используемые при установлении диагноза ДЦП, включают следующие методы: нейросонография; нейровизуализационные методы (компьютерная томография и магнитно-резонансная томография); электро-нейромиография; электроэнцефалография; исследование вызванных потенциалов и др.

Терапия ДЦП должна быть комплексной и мультидисциплинарной. Максимально рано начатое лечение и реабилитация в ряде случаев позволяют избежать стойкой инвалидизации больных ДЦП и улучшить качество их жизни. Основой комплексной терапии ДЦП является «командный» подход с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов. Из числа последних, в зависимости от конкретной клинической ситуации, применяют: массаж, лечебную физкультуру, методы ортопедической коррекции, физиотерапию, динамическую проприоцептивную коррекцию, иппотерапию, диетотерапию и др. К сожалению, последней не уделяется должного внимания, хотя диетотерапия (рационы, сбалансированные по энергоемкости, макронутриентам, витаминам и минеральным веществам; БАДы; кратность и объем кормлений с учетом индивидуальной пищевой толератности и т. д.) занимает промежуточное положение между медикаментозными и немедикаментозными методами лечения ДЦП и ее возможности столь значительны, что их не следует игнорировать.

Перечисленные выше методы немедикаментозного лечения используют в сочетании с лекарственной терапией, направленной на восстановление утраченных и/или недостаточных неврологических функций. Наибольший интерес представляют именно препараты комплексного действия, использование которых позволяет рассчитывать на эффекты сосудистой, нейропротекторной, ноотропной и метаболической направленности, не приводящие к избыточной лекарственной нагрузке или полипрагмазии. Ниже рассматриваются особенности их применения на примере отечественного

препарата Кортексин. Его активное использование в детской неврологии (при ДЦП, других исходах ППНС и болезнях нервной системы) было начато в 2000-х годах.

Кортексин - продукт высокотехнологического производства. По данным «Регистра лекарственных средств России. Энциклопедии лекарств» 15-го выпуска («РЛС-2007»), он принадлежит к фармакологической группе «Ноотропы (нейрометаболические стимуляторы)». Это комплексный полипептидный препарат биологического происхождения, являющийся дериватом коры головного мозга крупного рогатого скота (или свиней); выпускается в виде лиофилизированного порошка (во флаконах по 10 мг) и предназначен для внутримышечного введения. Кортексин обладает тканеспецифическим действием на кору головного мозга, нормализует мозговое и системное кровообращение, улучшает когнитивные интегративные функции (процессы обучения и памяти), снижает токсические эффекты нейротропных веществ и характеризуется целым рядом других физиологических положительных эффектов. Он также стимулирует репаративные процессы и ускоряет восстановление функций ЦНС после стрессорных воздействий. Применение препарата Кортексин сопровождается реализацией целого комплекса фармакологической направленности влияния на организм пациента, включая: метаболическое действие (антиоксидантное и др.), церебропротекторный эффект, ноотропную и противосудорожную активность. Эффективность клинического применения препарата Кортексин подтверждается данными многочисленных лабораторных и инструментальных исследований (в их числе биохимические, иммунологические, рентгенологические, сонографические, нейровизуализирующие, электроэнцефалографические и др.), проведенных в различных регионах и клиниках Российской Федерации. В частности, имеются указания на иммуномодулирующий эффект Кортексина при лечении неврологических заболеваний, его корригирующее воздействие на клеточное и гуморальное звенья иммунитета (корректор нейроиммунной составляющей патологического процесса в ЦНС). Хорошая переносимость препарата и практически полное отсутствие побочных реакций на терапию Кортексином, подтвержденные опытом его применения, позволяют дополнительно положительно характеризовать указанный нейропептидный биорегулятор в лечении ДЦП и других видов неврологической патологии.

Таким образом, ДЦП продолжает оставаться состоянием, обуславливающим значительную часть случаев инвалидности среди детского и взрослого населения, существенно снижающим работоспособность и качество жизни, а также усугубляющим социальную дезадаптацию пациентов. Комплексный подход к терапии и реабилитации больных ДЦП, использование новых эффективных фармакологических средств разнонаправленного действия позволяют не только компенсировать имеющийся у них неврологический дефицит, но и улучшить качество их жизни и добиться адекватного уровня их социализации.

Литература:

1. Серганова Т.И. Как победить детский церебральный паралич, -СПб., 2004.
2. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. - М., 2001.
3. Шабалов В.А., Бриль А.Г. Материалы Российской научно-практической конференции "Современные аспекты электронейростимуляции и новые технологии в нейрохирургии и неврологии". Саратов, 1998.

УДК 616.71-007.234-084

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА¹Ж.Е. Акылжанова, ¹Т.М. Дернова, ¹Э.З. Гасанова, ²Г.У. Кайдарова**Павлодарский филиал Государственного медицинского Университета г. Семей¹
КГКП "Павлодарская областная больница им. Г.Султанова", г. Павлодар²****Резюме**

В обзоре представлены данные литературы о распространенности и социально-экономической значимости остеопороза среди населения.

Придается особое значение профилактике остеопороза в молодом возрасте. Особое значение уделяется коррекции модифицируемых факторов риска остеопороза.

Тұжырым**СҮЙЕК ҚАБЫҚТАРЫНЫҢ ҚАБЫНУ БЕЛГІСІНІҢ АЛДЫН АЛУ**

Шолуда ел арасындағы остеопороздың әлеуметтік –экономикалық маңыздылығы және таратылушылығы туралы әдебиет мәліметтері көрсетілген. Жас жеткеншегінде остеопороздың алдын алуына ерекше мән беріледі. Остеопороздың реттелетін қауіп қатер шарттарына ерекше мән беріледі.

Summary**PREVENTION OSTEOPENIC SYNDROME**

The review presents the literature about the prevalence and socio-economic importance of osteoporosis in the population. There is emphasizing prevention of osteoporosis at the young age. Particular attention is paid to the correction of modifiable risk factors for osteoporosis

На сегодняшний день проблема нарушений минеральной плотности костной ткани является одной из наиболее распространенных патологий и обладает высокой медико-социальной значимостью. 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 осуществляются 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. Согласно данным исследований состояния минеральной плотности костной ткани в возрастной группе 50-59 лет выявило 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%.

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. Социально-экономическая сущность остеопороза определяется также тем, что никакие материальные затраты на проведение программы по профилактике ОП (остеопороз) не идут в сравнение с тем количеством средств, которые в настоящее время расходуются на финансирование проблем, связанных с переломами шейки бедра.

Увеличение продолжительности жизни и числа пожилых людей, особенно женщин, в развитых странах в последнее десятилетие, ведет к нарастанию частоты ОП, делает его одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире.

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 догоспитального звена оказания медицинской помощи.

Просветительская работа должна проводиться среди всех групп лиц. Целью широкой программы обучения должно быть пополнение знаний о физиологии кости и остеопорозе, повышение беспокойства по поводу факторов риска развития остеопороза и получение сведений о возможностях первичной и вторичной профилактики этого заболевания, а также лечения манифестированного остеопороза. Использование наглядных методов обучения и применение индивидуальных последовательных занятий может способствовать заинтересованности больного в проведении дальнейшего лечения.

Образовательные программы по остеопорозу стимулируют пациентов к проведению профилактических и лечебных мероприятий и повышают приверженность к лечению.

Факторы образа жизни, потребление кальция, витамина Д и белка, курение, алкоголь, размеры тела и физическая активность оказывают влияние на величину костной массы, скорость потери костной ткани и частоту переломов у взрослых.

Факторы образа жизни представляют интерес, так как могут быть изменены.

Один из ключевых компонентов профилактики ОП основывается на изучении модифицируемых факторов риска.

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.

Рекомендация приема препаратов кальция только по клиническому критерию сниженной эстрогенной насыщенности позволит хотя бы начать разрешать проблему первичной профилактики остеопороза у молодых женщин.

Многие другие исследования экономических аспектов профилактики остеопороза показывают, что некоторые фармацевтические вмешательства эффективны в сопоставлении с затратами. Также большинство исследований вторичной профилактики посредством фармацевтических вмешательств показали, что эти вмешательства эффективны с точки зрения соотношения затрат и результатов, особенно ЗГТ и прием бифосфонатов.

Литература:

1. Руководство по остеопорозу / Официальная публикация Российской ассоциации по остеопорозу; под ред. Л.И. Беневоленской. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 524 с.

2. 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.75–77.

3. Турекулова А.А. Медико-социальные аспекты остеопороза у городского населения: автореф. ... докт. мед. наук. – Алматы, 2008. – 42 с.

4. Ботабаева А.С. Распространенность и характеристика остеопороза среди взрослого населения г. Семей: автореф. ... канд. мед. наук. – Семей, 2009. – 22 с.

УДК 616.718.55/65-001.5-08

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

С.В. Сурков, Г.К. Абдикова, А.С. Мусабеков, А.В. Писмарева, К.М. Габдулгазизов

Государственный медицинский университет, г. Семей,
Экибастузская городская больница, г. Экибастуз, Павлодарская область

Тұжырым

СИРАҚ СҮЙЕКТЕРІНІҢ ДИАФИЗ СЫНЫҚТАРЫН ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК МАҢЫЗЫ

Зерттеудің мақсаты сирақ сүйектерінің диафиз сынықтарын емдеудің нәтижелерін және эпидемиологиясын тексеру болып табылады. Олардың жиілігі бір жылда 100000 халыққа шаққанда 32,5 жағдай. Сирақ сүйектерінің диафиз сынықтарының пайда болуының негізгі себебі қыс кезінде тайғақта құлау болып табылады, ол кезде көбінесе үлкен жіліктің төменгі бөлігінің винт тәрізді сынығы болады (51,8% науқастар). Емдеу нәтижелерін зерттеу көрсеткендей, сүйек ішілік құлыптама остеосинтез өте жақсы және жақсы нәтижелерді 100% жағдайда қамтамасыз етті, консервативтік ем 74,4%, сүйек арқылы остеосинтез 76,4% (ашық сынықтарды қосқанда, бұл кезде ол емдеудің жалғыз әдісі болып табылады).

Summary

SOCIAL SIGNIFICANCE AND OUTCOMES OF TREATMENT OF TIBIAL SHAFT FRACTURES

The aim of study was to investigate the epidemiology and results of treatment of tibial shaft fractures. Their rate was 32,5 cases on 100000 of people per year. The most important cause of tibial shaft fractures was fall on ice covered ground at the cold seasons with result in spiral fracture of the distal third of tibia (51,8% of patients). Investigation of outcomes of treatment has shown that interlocking nailing provided excellent and good results in 100% of cases, conservative treatment in 74,4% and external fixation in 56,4% including compound fractures where it was the only method of choice.

Введение. Переломы диафиза костей голени (ПДКГ) являются одним из наиболее частых поврежденный скелета и приводят при лечении к целому ряду осложнений. Замедленная консолидация и ложный сустав отмечаются в 26-66% случаев, неправильное сращение – в 4-25% в зависимости от метода лечения (1). Инвалидность констатируется у 15,6-30,5% больных (2). Ввиду этого исследование их эпидемиологии и результатов лечения имеют большое практическое значение, и является актуальной проблемой современной травматологии.

Материал и методы исследования. Нами было проведено ретроспективное исследование частоты и результатов лечения ПДКГ по данным г. Семей. С этой целью были проанализированы истории болезней больных с ПДКГ за 2004-2007г.г и изучены отдаленные исходы их лечения в травматологическом отделении БСМП г. Семей согласно критериев Johner R., Wruhs O. (3). Помимо этого изучена субъективная оценка результата лечения самими пациентами с помощью RAND SHORT FORM 36.

Результаты и обсуждение. Уровень ПДКГ на 100 тыс. населения в г. Семей за 2004-2007 гг. составил в

среднем 32,5 случая на 100 тыс. населения (31-34). Они составляют в среднем 53,9% от всех переломов голени, что соответствует данным эпидемиологического исследования в г. Убераба (Бразилия) (4). Причем 62,4% из них приходится на н/3, 25,1% на с/3 и 12,5% - на в/3. В основном в г. Семей превалирует закрытые переломы, которые в среднем отмечены у 80,8% больных. Наибольшая частота открытых переломов приходится на 2004 год, что согласуется с высокой частотой ДТП в этом году и преобладанием бамперных переломов в с/3 голени. Во все 4 года превалируют оскольчатые переломы (в среднем 52,6%) и винтообразные - 33,3%. Причем, учитывая основную причину ПДКГ – падение на улице со скручивающим механизмом, большая часть оскольчатых переломов была типа В1, т.е. основная линия винтообразная с дополнительным отколом. Относительно низкое процентное соотношение поперечных и косых переломов в нашем регионе так же объясняется тем, что основным механизмом травмы, как правило, было падение в условиях гололеда, а не ДТП как в некоторых других исследованиях в регионах с мягким климатом (4). Изолированные ПДКГ за 2004-2007 гг. в среднем составили 84%, а политравмы 16% соответ-

ственно. В 2004 году процент политравм несколько выше, чем в последующие годы, что опять же объясняет фактор высокого числа ДТП. ПДКГ в основном сочетались с ЧМТ, что соответствует высокой доле сочетанной травмы - в среднем 74,8% от числа больных с политравмой. Комбинирование (3,4%) ПДКГ за последние 4 года наблюдалось во всех случаях с отморожением стоп. Множественная травма среди всех политравм в среднем

составила 21,8%. Основной процент лиц с ПДКГ составляют мужчины (74,8%), женщины же травмируют данный сегмент намного реже – в 25,2% случаев. Средний возраст мужчин составил 40,1 года, женщин – 42,2 года.

Основной пик ПДКГ приходится на холодное время года (диаграмма 1) и главной причиной травмы при этом является падение в условиях гололеда (40,2-51,7% от всех причин травм).

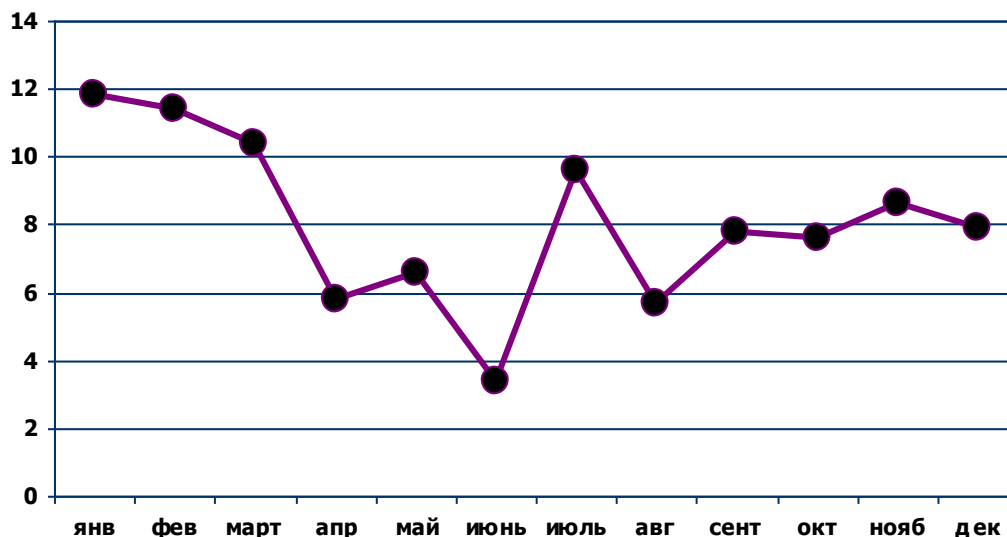


Диаграмма 1. Сезонность при переломах диафиза костей голени

В изученные годы основной причиной ПДКГ было падение на улице - 40,2 -50,7% от всех травм. Далее располагаются производственная травма от 26% до 36,9% и ДТП – 13-26,5%. В таблице 1 представлены данные о числе ПДКГ в среднем за один месяц в теплое и холодное времена года с характерным механизмом травмы. Как видно из таблицы, ежемесячно вне зависимости от времени года 1 пациент получает ПДКГ в результате падения на ногу тяжелого предмета (как

правило, на производстве). 1-2 падают с большой высоты, 1 больной травмируется при столкновении автомобилей, 2-3 пешехода получают перелом в результате наезда автомобиля. Сезонности же подвержено падение с высоты собственного роста как причина ПДКГ. Так, в летнее время, таким образом, травмируется лишь 2 пациента, в зимнее их количество возрастает в 3,5 раза, доходя до 7 случаев в месяц.

Таблица 1. - Картина причин возникновения переломов диафиза костей голени, в среднем, за месяц теплого и холодного времени года.

Причина травмы	ДТП		Падение с высоты роста	Падение с большой высоты	Падение предмета на ногу	Итого
	Наезд на пешехода	Столкновение автомобилей				
В теплые месяцы года						
Количество случаев в месяц (в т.ч. в состоянии алкогольного опьянения)	2 (1)	1 (0)	2 (1)	2 (0)	1 (0)	8 (2)
В холодные месяцы года						
Количество случаев в месяц (в т.ч. в состоянии алкогольного опьянения)	3 (1)	1 (0)	7 (3)	1 (0)	1 (0)	13 (4)

При этом надо отметить, что около 30% пациентов получают травму в состоянии алкогольного опьянения. Полученная картина, по-видимому, будет схожей в крупных городах Республики Казахстан с невысоким промышленным потенциалом. Полученные же цифры можно использовать в комплексе мер по предупреждению ПДКГ, как одного из наиболее частых видов травмы, требующей госпитализации.

Основным методом лечения в г. Семей является чрескостный остеосинтез (ЧО), что в среднем составляет 73,8%. Внутрикостный блокирующий остеосинтез (ВБО) хоть и является золотым стандартом лечения ПДКГ в странах запада, но его внедрение в практику отделения сопровождается следующими трудностями ввиду дороговизны и отсутствием по этой причине А)

имплантантов нового поколения – заблокированных стержней для закрытого остеосинтеза

Б) современной рентгенселективной аппаратуры. По этой причине метод ВБО не нашел столь широкого применения в нашей клинике (в среднем 4,2%). Оперативное вмешательство в большинстве случаев проводилось по спино-мозговой либо эпидуральной анестезией, которая является безопасным и достаточно эффективным способом обезболивания. Консервативный метод лечения в среднем составил 22%. Высокий процент оперативного лечения объясняется интенсификацией современной жизни, и нежеланием большинства пациентов длительно находиться в стационаре.

Для оценки удовлетворенности пациента результатами лечения нами были опрошены 62 больных, из них

лечившихся оперативно 27 человек (4- ВБО, 23-ЧКО), консервативно 35 человек. Опрос состоял из 19 пунктов анкетного опроса с помощью RAND SHORT FORM 36. Более приближенной к максимальной оценке показал ВБО -34 балла, консервативное лечение – 32,6 балла, ЧКО-31,4 балла. Консервативным методом лечились больные, как правило, с переломами без смещений, следовательно и результаты лечения несколько лучше чем у лечившихся ЧО с переломами различной сложности.

Неосложненное течение процесса лечения было у 50% больных при ВБО, 36,4% при консервативном лечении, и 21,7% при ЧКО. Среди осложнений чрескостного остеосинтеза надо отметить: поверхностную инфекцию у 43,4%, замедленную консолидацию – у 39,1%. При консервативном лечении замедленная консолидация отмечена у 17,1% пациентов, неправильное сращение – у 11,4%. При лечении ВБО у 50%больных отмечена передняя боль в коленном суставе - больные отмечали незначительный дискомфорт при стоянии на коленях и длительном сидении с согнутым коленным суставом, что несколько не ограничивало их функциональной способности.

ВБО обеспечил отличный и хороший исход лечения у 100% больных, консервативное лечение у 74,4%, ЧКО у 56,4%. Неудовлетворительный исход отмечен лишь у 2 больных, что, в общем, составило 3,2% от всех исследуемых больных, по одному лечившихся консервативно и ЧО.

Заключение:

- Уровень переломов диафиза костей голени на 100 тыс. населения в г.Семей за 2004-2007 гг. составил в среднем 32,5 случая на 100 тыс. населения (31-34);

- Основной пик ПДКГ приходится на холодное время года и главной причиной травмы при этом является падение в условиях гололеда (40,2 -51,7% от всех причин травм);

- В холодное время 51,8% больных получают винтообразный либо В1 оскольчатый перелом нижней трети большеберцовой кости при падении на гололеде. 15,5% больных в ДТП получили поперечный либо оскольчатый В2, В3 переломы средней трети голени. Летом же 31,3% больных получает травму в ДТП и поэтому преобладают В2, В3 и С типы перелома.

- ВБО обеспечил отличный и хороший исход лечения у 100% больных, консервативное лечение – у 74,4%, ЧКО – у 56,4%.

- ВБО не является пока традиционным методом лечения ПДКГ, но обеспечивает более лучшие результаты, чем консервативное лечение и ЧО, и должен шире внедряться в практику лечебных учреждений нашей страны.

Литература:

1. Karlandani A.H. et al. Displaced tibial shaft fractures. A prospective randomized study of closed intramedullary nailing versus cast treatment in 53 patients //Acta Orthop. Scand.-2000.-V. 71(2).-P.160-167

2. Викторова Н.Л. Экспертная оценка лечения диафизарных переломов длинных трубчатых костей //Анналы травматологии и ортопедии.-1995.-№1.-С.8-10

3. Johner R., Wruhs O. Classification of tibial shaft fractures and correlation with results after rigid internal fixation //Clin. Orthop.-1983.-V.178.-P.7-25

4. Grecco M.A.S., do Prado Jr.I., Rocha M.A., de Barros J.W. Epidemiology of tibial shaft fractures // Acta Orthop. Bras..-2002. -Vol. 10, №4. -P. 10-17.

УДК 616-089.5-001

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Г.К. Абдикова

Экибастузская городская больница, г. Экибастуз, Павлодарская область

Тұжырым

АЯҚ-ҚОЛ СҮЙЕКТЕРІНІҢ ТРАВМАЛАРЫНДАҒЫ АНЕСТЕЗИЯ

44 ауру аяқ – қол сүйектерінің сынықтарымен сүйек ішілік құлыптала остеосинтез тәсілмен емделді. Иық және іліек сүйектерінің сынықтарындағы өткізгіштік анестезия ең дұрыс тәсіл болып табылды. Спиналдың анестезия аяқ сүйектерінің сынықтарында қолданылады.

Айта келе, жергілікті анестезияны аяқ және қол сүйектерінің сынықтарында қолдану тәсілі болып табылады.

Summary

ANESTHESIA IN INJURIES OF EXTREMITIES

44 patients with fractures of upper and lower extremities were treated by interlocking nailing. Regional anesthesia for fractures of humerus, ulna and radius was preferable method. In femoral and tibial fractures spinal anesthesia was used. On the base of investigation it was determined that local anesthesia is sufficient and effective method of anesthesiological supplying in fracture treatment.

Введение. Выбор оптимального метода анестезии при травмах конечностей остается актуальной задачей практической медицины (1). Способ анестезии зависит от многих составляющих: сроки после получения повреждения, локализация и характер травмы, возраст больного, наличие сопутствующей патологии и степень ее декомпенсации, присутствие и тяжесть алкогольного опьянения и многих других. Целью данной работы был

поиск оптимального способа анестезии при проведении блокирующего остеосинтеза длинных трубчатых костей.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах лечения 44 пострадавших, находившихся в травматологическом отделении КГКП «Экибастузская городская больница» в мае - ноябре 2011 года. Возраст пациентов колебался от 18 до 70 лет. Средний возраст составил 44 года. Мужчин было 25

(57%) человек. Женщин - 17 (43%). Скорой помощью доставлены 37 (84%) пострадавших, 7 (16%) больных обратились самостоятельно или доставлены попутным транспортом (вблизи города пролегает республиканская автомагистраль Астана- Павлодар). В 11 (25%) случаях пострадавшие находились в состоянии умеренного или тяжелого алкогольного опьянения. 4 (1%) больных злоупотребляли алкоголем последние 2 суток, что потребовало дополнительной инфузионной, детоксикационной, гепатотропной и другой терапии. У 7 (15,9%) пациентов травма конечностей осложнилась травматическим шоком 1-2 степени и постгеморрагической анемией. Сочетанные травмы имели место у 7 (15,9%) пострадавших: травма таза, головы и грудной клетки. Травмы конечностей распределились следующим образом: перелом бедра – 20 (45,4%), костей голени – 11 (25%), плечевой кости – 5 (11,4%), костей предплечья – 8 (18,2%).

Шесть больных (13,6%) первоначально госпитализированы в реанимационное отделение, где находились в течении 2-5 суток. В 11 случаях (25%) в лечении больных использовалось переливание компонентов крови: эритроцитарная масса, фильтрованная эритроцитарная взвесь, свежезамороженная плазма.

Результаты и обсуждение. Предоперационный период колебался от 5 до 10 дней, продолжительность которого зависела от тяжести травмы, присутствия шока или анемии, возраста, сопутствующих заболеваний. Всем больным проводился блокирующий остеосинтез, являющийся наиболее эффективным способом стабилизации и удержания костных фрагментов (2), отличающийся своей малотравматичностью, незначительной интраоперационной кровопотерей, возможностью использования на фоне поврежденных кожных покровов в области травмы.

В рассматриваемой группе больных операции носили экстренно-отсроченный характер, после устранения

шока, возмещения кровопотери, устранения алкогольной интоксикации, компенсации сопутствующих заболеваний, создания удовлетворительной гемодилиции у пожилых и тучных пациентов, выбор анестезии был регионарный. При операциях на бедре применялась спинальная анестезия лидокаином в дозе 400-600 мг. При прогнозируемой длительности оперативного вмешательства более 3 часов, использовалась пролонгированная эпидуральная анестезия с катетеризацией эпидурального пространства.

При операциях на верхней конечности использовалась блокада плечевого сплетения в модификации Соколовского. Продолжительность операции колебалась от 60 до 200 минут. В 13 (29,5%) случаях регионарная анестезия сочеталась с внутривенным наркозом: дробное введение пропофола 200мг, кетамина 100-400мг. Во всех случаях указанная анестезия была достаточной. После оперативного вмешательства, восстановления сознания пациенты переводились в травматологическое отделение.

Выводы: Регионарная анестезия у больных с травмами конечностей, осложненными шоком, постгеморрагической анемией, разных возрастных групп, включая пожилых лиц, сопутствующей патологией является методом рационального выбора, при условии отсроченности оперативного вмешательства, компенсированной кровопотери, устранения гиповолемии.

Литература:

1. S.J. Barcer. Anesthesia for trauma // Revista Mexicana de anesthesiologia. - Conferencias magistrales.- Vol. 28. Supl. 1 2005.- P.70-75.

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

УДК 616-00.3+615.33

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В ХИРУРГИИ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукинов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова

Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии, кафедра медицины катастроф и инфекционных болезней Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

Проведенные исследования и анализ полученных результатов показал, что использование антибактериальных препаратов в гнойной хирургии представляет некоторые трудности, обусловленные изменением видового состава и свойств возбудителей.

Тұжырым

ІРІНДІ ҚАБЫНУ ЖАҒДАЙЛАРДЫ ХИРУРГИЯДА АНТИБИОТИКТЕРМЕН ЕМДЕУДІҢ КЕЙБІР СҰРАҚТАРЫ
Өткізілген зерттеулермен олардан алынған нәтижелердің анализі іріңді хирургияда антибактериальды препараттарды қолдану қоздырғыштардың қасиеттерімен олардың түрдік құрамының өзгеруіне байланысты кейбір қиыншылықтарды тудыратынын көрсетті.

Summary

THE SOME QUESTIONS OF ANTIBACTERIAL THERAPY THE ROTTEN – INFLAMMATORY DISEASES IN SURGERY
The researches and analysis our results shown, that application antibiotics in surgery have some difficulties because the types and erty of microorganisms should be changed.

Проведенные исследования и анализ полученных результатов показал, что использование антибактериальных препаратов в гнойной хирургии представляет некоторые трудности, обусловленные изменением видового состава и свойств возбудителей. Необходимо отметить, что среди возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний основное место заняли условно-патогенные микроорганизмы - неспорообразующие (неклостридиальные) анаэробы (преимущественно бактероиды ($26,7 \pm 2,3\%$), отличавшихся, вероятней всего, *природной устойчивостью* к большому числу использованных антибиотиков). Отмечается при возникновении гнойно-воспалительных процессов золотистый стафилококк – $21,3 \pm 1,8\%$, *E. Coli* – $18,6 \pm 2,1\%$ протей – $4,1 \pm 1,2\%$, *Ps. aeruginosa* – $2,8 \pm 0,3\%$, клебсиелла – $8,3 \pm 1,1\%$, энтерококки – $10,1 \pm 1,9\%$. Небольшой процент составили гнойно-хирургические инфекции, вызванные смешанной аэробной и анаэробной флорой – $1,3 \pm 0,02\%$.

В исследуемых годах (1998 – 2009) зафиксирована лекарственная устойчивость микроорганизмов, которая наиболее выражена к антибиотикам первого поколения (бензилпенициллин, стрептомицин, левомецетин, тетрациклин ($69,4 \pm 2,1\%$ по отношению к общей резистентности). Это касается в первую очередь - из грамположительных: *St. aureus*, из грамотрицательных: (*E. Coli*, протей, *Ps. Aeruginosa*), которые приобрели высокую степень антибиотикорезистентности, возможно, мутагенного действия.

При расчете препаратов выбора с учетом всех полученных данных получилась следующая схема.

При гнойно-воспалительных заболеваниях, вызванных анаэробной неспорообразующей флорой или смешанной аэробной и анаэробной инфекцией рекомендуется лечение группой макролидов (эритромицин) – $67,7 \pm 4,8\%$, линкомицином – $59,6 \pm 4,4\%$. Более эффективны данные препараты будут в комбинации с аминогликозидами второго или третьего поколения.

При инфекциях, вызванных протеем, наиболее активными оказывается сочетанное применение карбенициллина и аминогликозидов – $83,1 \pm 6,6\%$.

При лечении гнойно-воспалительных хирургических заболеваний, вызванных смешанной инфекцией, наиболее эффективны сочетания полусинтетических пенициллинов, аминогликозидов и метронидазола ($70,5 \pm 5,0\%$).

Высокой эффективностью в отношении неспорообразующих анаэробов обладает метронидазол (трихопол) – $81,7 \pm 6,3\%$.

Наилучшими комбинациями антибактериальных препаратов в отношении воздействия на те или иные возбудители гнойной инфекции являются следующие:

золотистый стафилококк – метициллин + гентамицин – $68,3 \pm 3,7\%$;

протей – ампициллин + канамицин ($55,2 \pm 2,9\%$); ампициллин + гентамицин ($59,6 \pm 3,0\%$); цефамандол + гентамицин ($71,4 \pm 4,6\%$);

Ps. aeruginosa – карбенициллин + гентамицин ($79,4 \pm 3,7\%$); карбенициллин + канамицин ($68,3 \pm 3,1\%$);

клебсиелла – цефалоспорины (I или II поколения) + канамицин ($72,1 \pm 4,2\%$);

энтерококк – цефалоспорины + тобрамицин, пенициллин + гентамицин; пенициллин + канамицин; ампициллин + гентамицин (в среднем $77,4 \pm 5,4\%$).

Расчеты препаратов альтернативы и резерва показали следующие очень интересные результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что помимо бактероидов, основным возбудителем гнойно-

воспалительных процессов является стафилококк, который имел высокую антибиотикорезистентность к «старым» препаратам - бензилпенициллину, ампициллину, карбенициллину, стрептомицину, тетрациклину. При исследованиях на чувствительность данные антибактериальные препараты практически в 100% не оказывали антимикробного действия. Поэтому в качестве альтернативы и резерва рекомендуется использовать некоторые препараты, обладающие мощной противостафилококковой активностью. К таким антибактериальным лекарственным средствам, относятся полусинтетические аминогликозиды, цефалоспорины второго, третьего и четвертого поколений, ванкомицин, линкомицин и фузидин. Зарегистрирован 100% результат. Кроме того, очень интересно, что большим процентом активности отметились нитрофурановые препараты (фурагин, фуразолидон – $87,1 \pm 3,7\%*$).

При стафилококковой инфекции мягких тканей оказались эффективны метициллин, оксациллин ($63,2 \pm 4,3\%$), ристомицин ($28,3 \pm 1,0\%$); при смешанной инфекции с анаэробами в альтернативе и резерве наиболее активны новые аминогликозиды, сочетания цефалоспоринов или аминогликозидов с сульфаниламидами пролонгированного действия и нитрофуранами.

Кроме того, высокой антибактериальной активностью в отношении устойчивых к пенициллину, тетрациклину, стрептомицину и другим препаратам штаммов стафилококков обладал эритромицин ($81,6 \pm 3,7\%*$). Эффективность его повышалась при сочетании с тетрациклином, олеандомицином, тобрамицином. Однако необходимо помнить, что в клинической практике к макролидам развивается быстрая устойчивость стафилококка, поэтому показаниями для применения этого препарата должны служить тяжелые случаи заболевания с устойчивой к другим возбудителям микрофлорой.

Альтернативными и резервными препаратами антибактериальной терапии гнойно-воспалительных заболеваний, вызванных неспорообразующими анаэробами, оказались стандартные во всем мире препараты. Грамположительные и грамотрицательные анаэробные кокки высокочувствительны к большинству антибактериальных препаратов, кроме стрептомицина*, ванкомицина*, левомецетина*, тетрациклина*, а грамотрицательные бактерии являлись устойчивыми к большинству антибактериальных препаратов. В связи с этим при инфекциях, вызванных анаэробными кокками, рекомендуется назначать в качестве альтернативы и резерва бензилпенициллин и полусинтетические пенициллины, макролиды, линкомицин. Грамотрицательные анаэробные бактерии чувствительны к пенициллинам – азлоциллину и мезлоциллину. Эффективными препаратами в отношении анаэробной инфекции являлись также клиндамицин, цефотаксим, метронидазол, цефокситин.

Литература:

1. Blouin P.F. Farmacokinetics of some antibiotics after using with other drugs.// J.antimicrob.Chemother.-2005.-v.7.- P. 167-178.
2. Welling G. Antibiotics in practic every day.- Depper.-2007.- New-lork.
3. Bodey G.P., Milatovic D., Braveny I. The Antimicrobial Pocket Book. Braunschweig / Wiesbaden, 2006
4. Lambert H.P., O' Grady F.W. Antibiotics and Chemotherapy. Edinburg etc., 2004
5. Клиническая микробиология. – Под редакцией В.И. Покровского. – ГЭОТАР Медицина, - Москва, 1999.

УДК:616-001+614.2

ПОЛОВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО СЕМЕЙСКОМУ РЕГИОНУ

С.К. Сайлаубаев

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

Резюме

Представлена половозрастная характеристика стационарных травматологических больных по Семейскому региону за 2010 год. Отношение мужчин к женщинам составило 64,6% на 35,4%. Средний возраст пациентов составил 43,9 лет.

Тұжырым

СЕМЕЙ АЙМАҒЫ БОЙЫНША СТАЦИОНАРЛЫҚ ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫҢ ЖЫНЫСТЫҚ ЖӘНЕ ЖАСТЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Семей аймағы бойынша стационарлық травматологиялық науқастардың 2010 жылға арналған жыныстық және жастық сипаттамасы көрсетілген. Ерлердің әйелдерге шаққандағы қатынасы 64,6%-ға 35,4% құрады. Науқастардың орташа жас шамасы - 43,9 жас.

Summary

THE GENDER AND AGE CHARACTERISTIC OF TRAUMA IN PATIENTS IN SEMEY REGION

The gender and age characteristic of trauma patients in Semey region for 2010 is presented. The ratio of men to women was 64.6% to 35.4%. The mean age was 43.9 years.

Введение. Ежегодный рост травматизма по РК в целом составляет 1,7%, достигая по отдельным областям до 14,5% [1]. Восточно-Казахстанская область по количеству травм занимает 4 место среди 14 регионов и г. Алматы, г. Астана. [1]. Анализ травматизма по Семейскому региону провел Мысаев А.О.с соавт. [2,3], однако не проводился анализ половозрастной характеристики стационарных травматологических больных.

Цель: провести анализ пола, возраста и рода деятельности больных, госпитализированных в травматологический стационар по г.Семей, за 2010 г.

Материал и методы исследования: данные для изучения взяты из выписок историй болезни травматологических больных соответствующего отделения Больницы скорой медицинской помощи г. Семей за 2010 год. Анализировались следующие параметры: вид травмы, пол, возраст, род деятельности на момент поступления в стационар. Больные с обострением хронического остеомиелита, суицидальные попытки и др.

были включены в группу «Прочие» в связи с их малочисленностью.

Травматологическое отделение Больницы скорой медицинской помощи единственное в городе Семей отделение, оказывающее специализированную травматологическую помощь взрослому населению Семейского региона.

Результаты и обсуждение: всего за 2010 год в травматологический стационар поступило 1027 больных, в среднем 85-86 человек в месяц. Распределение больных по виду травм представлено в таблице 1.

Таблица 1. - Распределение больных по виду травм.

№	Вид травмы	абс. число	% от всего
1	Бытовая	491	47,8%
2	Уличная	322	31,4%
3	Автомобильная	120	11,7%
4	Производственная	64	6,2%
5	Прочие	30	2,9%
	Всего:	1027	100%

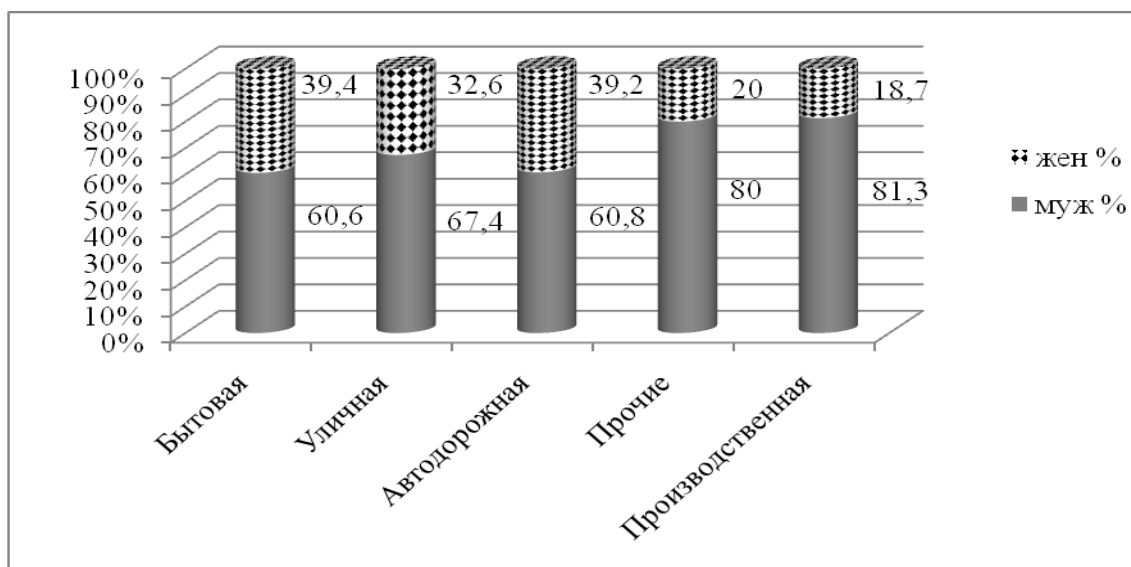


Рис. 1. Распределение количества мужчин и женщин в зависимости от вида травм.

Как видно из таблицы, основные виды травм это бытовые и уличные, которые стали причиной госпитализации 79,2% больных.

Среди поступивших 64,6% были мужчины и 35,4% женщин. Распределение количества мужчин и женщин в зависимости от вида травм представлено на рис. 1.

Средний возраст поступивших составил $43,9 \pm 17,1$ лет. Средний возраст больных в зависимости от пола и вида травмы представлен в таблице 2.

Анализируя таблицу 2 отмечаем, что средний возраст госпитализированных женщин на 10 лет старше, чем мужчин по всем видам травм и, в общем, за исключением автодорожной травмы, где средний возраст почти не имеет гендерных отличий.

Род деятельности больных на момент поступления в стационар после бытовой и уличной травмы, представлен в таблице 3.

Таблица 2. - Средний возраст больных в зависимости от пола и вида травмы (лет).

№	Вид травмы	Мужчины, лет	Женщины, лет
1	Бытовая травма	44,4	55,5
2	Уличная травма	38,8	48,9
3	Автодорожная травма	36,2	35,8
4	Производственная травма	39	47
5	Прочие	21,9	33,3
6	Общий	40,2	50,8

Таблица 3. - Род деятельности больных в зависимости от вида травм (абс. число).

№	Род деятельности	Бытовая травма, абс число больных	Уличная травма, абс число больных
1	Не работает	206	145
2	Студент	13	7
3	Школьник	6	15
4	Пенсионер	129	34
5	Инвалид	20	12
6	Служащий	46	51
7	Рабочий	61	55
8	Предприниматель	10	3
	Всего	491	322

Из таблицы 3 видно, что основную категорию составили не работающие люди. Однако сданным цифрам нужно отнестись с осторожностью, так как из практики мы знаем, что пациенты реально работающие, скрывают свою деятельность и средний мед персонал их учитывает, как «не работающие». Обращает на себя внимание другой факт – высокое количество получения бытовой травмы пенсионерами. Скорее всего, это одинокие пожилые люди, которые вынуждены сами себя обслуживать дома, что приводит к высокому риску травм в быту. Среди уличной травмы второе и третье место по количеству госпитализации занимают рабочие и служащие, причем это травмы не связанные с производством.

Выводы: основными причинами госпитализации в травматологический стационар являются бытовые и

уличные травмы, в большинстве случаев это мужчины, причем в среднем на 10 лет моложе женщин.

Литература:

1. 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.

2. Мысаев А.О., Абакашов Д.О., Крейк А.А. Анализ городского травматизма среди стационарных травматологических больных по г.Семей за 2009-2010 гг. / Наука и здравоохранение – 2011 - №4-с.100-102.

3. Мысаев А.О., Абакашов Д.О., Крейк А.А. Бытовая травма, как фактор госпитализации в травматологический стационар / Наука и здравоохранение – 2011 - №4 - с.95-97.

УДК 616.714/71-089.844-053.2

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ СВОДА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ

С.С. Кизатуллин

ГКП «Центр матери и ребенка», г. Усть-Каменогорск

Резюме

При изучении отдаленных результатов краниопластики наилучшие результаты были получены после закрытия дефектов черепа в сроки через 20-45 дней после трепанаций. Следовательно, ранняя краниопластика имеет благоприятное влияние на восстановление функций головного мозга и рубцово-атрофический процесс оболочек мозга, чем после поздней пластики послеоперационных дефектов черепа. Пластика черепа у детей аутокраниотрансплантатом является одним из надежных способов пластики черепа у детей.

Предлагаемые виды оперативной техники, являются методом выбора в лечении травм черепа и головного мозга в растущем детском организме. Они очень важны для социальной реабилитации и снижения инвалидности.

Тұжырым**БАЛАЛАРДАҒЫ БАССҮЙЕК КҮМБЕЗ КЕМІСТІГІН ЖАМАУ**

Сүйекті тескеннен кейін 20-45 күннен соң бассүйек кемістігі жабылғаннан кейін, ең жақсы нәтижелер алынғанын бассүйектің ақаулы жеріне жамау салу арқылы зерттеп білдік. Бассүйек кемістігінің операциядан кейінгі жамауы, сондай айқынды көрінбейді және қабыршақ процессіндегі тыртық – атрофиясы, бас миының атқаратын қызметінің қалыптасуына және ықпалын жақсы жасауға - бассүйектің ақаулы жеріне жамау салу дейді. Балалардың бассүйегіне аутокраниотрансплант арқылы, балалар бассүйегіне жамау салу ең тиімдісі болып табылады. Кемтарлықты төмендетуге және әлеуметтік оңалтудың өте маңыздысы, бала мүшесіндегі жетіліп келе жатқан бассүйекті және мидың зақымдалуының емдеу әдісінің ең жарамды техникасы деп қортындылай келе осы түрлерді ұсынамыз.

Summary**PLASTIC DEFECTS IN CHILDREN CRANIAL VAULT**

In the study of long-term results cranioplasty best results were obtained after the closure of cranial defects in a period of 20-45 days after craniotomy. Thus, early cranioplasty has an enabling effect on the recovery of brain function and scar-atrophic process of the meninges, than after the late plastics postoperative cranial defects. Plastic skull in children autokraniotransplantat is one sure way of plastic skull in children.

Proposed types of surgical technique, the method of choice in the treatment of cranial trauma and brain in a growing child's body. They are very important for the rehabilitation and reduce disability.

Пластика костного дефекта черепа - это важное реабилитационное мероприятие, приводящее не только к устранению косметического дефекта, но главным образом является лечебным мероприятием, выполняет защитную функцию, устраняет развитие рубцово-атрофического процесса, развитие водянки головного мозга, образования грыж и деформаций желудочковой системы, создающим оптимальные условия для развития головного мозга. Пострепанационные дефекты в детском возрасте имеют большое отрицательное влияние не только на функцию головного мозга, но и на правильный рост и развитие детского черепа и головного мозга, и чем младше ребенок, тем отрицательнее влияние постравматических дефектов черепа (Вяльцев В.В, 1967г., Ормантаев К.С 1973г, Элис Р.И 1975г.).

Учитывая анатомо-физиологические особенности детского организма, хорошую регенеративную способность мягких тканей, мы считаем, что за 20-45 дней рана успевает полностью зажить. Но за этот срок не успевают развиваться стойкие рубцово-атрофические процессы в костях черепа, мозговых оболочках и в веществе головного мозга. Этот срок, как правило, бывает достаточным для ликвидации отека головного мозга, нормализации обменных процессов, восстановления реактивности организма и перенесения следующей операции — пластики дефекта черепа.

Пострепанационные дефекты свода черепа даже небольших размеров (3х2см) вызывают значительные изменения в оболочках, в веществе головного мозга и желудочковой системы у детей. Существует в костной пластике 2 ведущих фактора. Первое - закон течения и развития костеобразовательного процесса. Второе - анатомофизиологические особенности детского организма.

В отделении детской нейрохирургии ВКО за последние 5 лет нами прооперировано 49 больных с дефектами костей свода черепа. В основном больные, поступившие из других учреждений с отдаленных районов.

Дефекты кости от 3.0 до 7.0 см с учетом возраста, 25 больным произведено аутокраниопластика костными заготовками, взятыми с крыла подвздошных костей и теменного бугра. В некоторых случаях костные саженцы приходилось расщеплять на 2 слоя, в дефект укладывается в один слой, обязательно стараясь, чтобы они тесно соприкасались не только с краями материнского ложа, так и между собой. Приживление костных трансплантатов 100%. Через 12-18 месяцев после пластики структура трансплантатов не отличалась от структуры

костей материнского ложа, а через 2 года у большинства детей на краниограммах границы трансплантата почти не определялись.

Применялась в 2-х случаях первично-отсроченная аутокраниопластика костным лоскутом, сохраненным в организме ребенка под кожей или под широкой фасцией бедра. Патогенетически обоснована и, выгодно отличается тем, что для ее выполнения не требуется специальных инструментов, дополнительных штатов, оборудования для консервации костного трансплантата.

Для аллокраниопластики чаще всего мы применяем быстротвердеющие пластмассы, такие как протокрил. Данный материал используем в тех случаях, когда дефект свода черепа больших размеров, не позволяющий укрыть костными трансплантатами, число прооперированных больных с краниопластикой аллотрансплантатом 22. Случаев осложнений, связанных с аллотрансплантатами было в 2-х случаях несостоятельность протокрилового протеза.

Выводы: При изучении отдаленных результатов краниопластики наилучшие результаты были получены после закрытия дефектов черепа в сроки через 20-45 дней после трепанаций. Следовательно, ранняя краниопластика имеет благоприятное влияние на восстановление функции головного мозга, и рубцово-атрофический процесс оболочек и мозг после невыражен меньше, чем после поздней пластики послеоперационных дефектов черепа. Пластика черепа у детей аутокраниотрансплантатом является одним из надежных способов пластики черепа у детей.

Подводя итог, можем отметить, что предлагаемые виды оперативной техники, являются методом выбора в лечении травм черепа и головного мозга в растущем детском организме они очень важны для социальной реабилитации и снижения инвалидности.

Литература:

- 1.Ормантаев К.С. Детская хирургия. Под ред. К.С.Ормантаева. Алма-ата., - 1973. – с. 45-56
- 2.Вяльцев В.В. Нейрохирургия. Под ред. В.В. Вяльцева. Ленинград. 1973. – с. 75-86
- 3.Гусев Е.И., Коновалов А.Н. Неврология и нейрохирургия. под ред. Коновалова А.Н. М.Москва, - 2000г. - С. 15-65
- 4.Арент А.А. Основы нейрохирургии детского возраста. Москва. - 1968г. - С. 92
5. Архангельский В.В. Руководство по нейротравматологии, Медицина. Москва, - 1978г. - С. 22-35

УДК 616-005.1-089.168.1

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ФАКТОРА VII A В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНТРА - И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

О.А. Ким

Областная детская больница, г. Павлодар

Резюме

Наше исследование представляет опыт успешного применения Ново Севен в терапии интра - и послеоперационных кровотечений у 4-х пациентов.

Тужырым

VII A ФАКТОРЫНЫҢ ТЕРАПИЯДАҒЫ ЖӘНЕ ІШКІ ЖӘНЕ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ҚАН КЕТУЛЕР ПРОФИЛАКТИКАДА ҚОЛДАНУЫ

Біздің зерттеуіміз Ново Севеннің 4 науқастағы интра- және операциядан кейінгі қан ағудың ауқымды терапиясында сәтті қолданудың тәжірибесін көрсетеді.

Summary

APPLICATION OF RECOMBINANT FACTOR VII A IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF INTRA – AND POSTOPERATIVE BLEEDING

Our investigation presents the experience of successful NovoSeven use in therapy intra- and postoperative hemorrhages in 4 patients.

Введение. Массивные диффузные кровотечения являются, грозными осложнениями обширных операций и в раннем послеоперационном периоде. Риск таких кровотечений зависит от вида и длительности оперативного вмешательства, степени разведения плазменных факторов свёртывания, нарушений тромбоцитарного звена гемостаза и активации фибринолиза [1–3].

Центральное место в терапии таких кровотечений в течение ряда лет занимала заместительная терапия компонентами донорской крови — свежемороженой плазмой (СЗП), тромбоцитарной массой, эритроцитной массой. В последние годы для профилактики и терапии массивных кровотечений всё чаще применяют рекомбинантный активированный фактор VII (VIIa, НовоСевен) [3].

Материалы и методы. Препарат был применён у 4 больных в возрасте от 2-х дней жизни до 4 лет с массой тела от 2 до 18 кг. В настоящем исследовании представлен опыт нашей больницы по применению препарата НовоСевен в лечении массивных интра- и послеоперационных кровотечений у больных, оперированных по поводу опухоли печени – 1 случай, внутримозгового кровоизлияния – 1 случай, врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта – 2 случая. Группа сравнения была представлена 4 больными с кровотечениями после хирургического лечения злокачественных заболеваний – 1 случай, внутримозговых кровоизлияний – 1 случай, врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта - 2 случая, у которых применялись традиционные методы гемостатической терапии без назначения рекомбинантного фактора VIIa. Диагноз во всех случаях злокачественных заболеваний был верифицирован морфологически, при внутримозговых кровоизлияниях данными нейросонографии и компьютерной томографией, при врожденных пороках развития желудочно-кишечного тракта данными рентгеноконтрастного исследования. Сопутствующая патология: два случая — гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы. Всем больным под комбинированной анестезией с искусственной вентиляцией лёгких были произведены плановые операции длительностью от 2 часов 30 минут до 4 часов. Одному пациенту была выполнена атипичная резекция печени; двум пациентам была проведена операция торакотомия, эзофаго-эзофагоанастомоз; одному больному была произведена краниотомия, удаление субдуральной гематомы.

Интраоперационная массивная кровопотеря отмечалась в 1 из 4 случаев в следующем объёме: 0,4 литра - при краниотомии, удаление субдуральной гематомы. У этого же пациента кровотечение возникло в послеоперационном периоде: 0,2 литра в первые сутки после краниотомии. В этом случае потребовалась хирургическая коррекция - повторная краниотомия с целью гемостаза.

Препарат НовоСевен вводили внутривенно в дозе от 90 до 100 мкг/кг веса тела в зависимости от клинической ситуации. Для прекращения кровотечения, развившегося после операции, препарат был применён 4-хкратно с промежутком 4 часа у одного пациента в первые сутки после краниотомии, удаления субдуральной гематомы в дозе 90 мкг/кг веса. В двух случаях НовоСевен был введён в дозе 100мкг/кг однократно для остановки кровотечения в раннем послеоперационном периоде при врожденных пороках развития желудочно-кишечного тракта. В одном случае опухоли печени препарат применяли с профилактической целью в предоперационном периоде в дозе 80 мкг/кг. У данного пациента не отмечалось интраоперационной кровопотери. Переливание эритроцитной массы после операции было проведено 3 больным в объёме 15 мл/кг однократно в первые сутки - внутримозговое кровоизлияние – 1 случай, врожденный порок развития желудочно-кишечного тракта - 2 случая. Кроме применения препарата НовоСевен 3 больным проводилась инфузионная терапия: СЗП после операции в объёме от 15 мл/кг. У 2-х больных инфузии СЗП проводились и после операции на протяжении 2 суток. В одном случае после предоперационного применения препарата, переливание эритроцитной массы и СЗП не потребовалось.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях обнаружена высокая эффективность рекомбинантного активированного фактора VII: прекращение кровотечения регистрировали через 20–30 минут после введения препарата. В трех случаях повторного применения препарата не требовалось. Однако у одного пациента в первые сутки послеоперационного периода наблюдали признаки кровотечения в области послеоперационной раны. Повторно препарат был введён в той же дозе 3-хкратно с интервалом 4 часа, после чего кровотечение было остановлено и больше не возобновлялось. До операции уровень гемоглобина в группе больных, которым препарат не вводили, составлял $115 \pm 6,2$ г/л, а в

группе больных, которым вводили НовоСевен, содержание гемоглобина составляло $100,6 \pm 9,5$ г/л. После хирургического лечения, осложненного кровотечением, уровень гемоглобина в группе больных с традиционным лечением составлял $68,3 \pm 6,1$ г/л, а в группе больных, у которых применяли рекомбинантный фактор VIIa, этот уровень был выше $88,3 \pm 7,3$. При учете объема переливаемой эритроцитной массы выяснилось, что у больных, которым не назначали препарат НовоСевен, в среднем было использовано 2-3 переливания эритроцитной массы на одного больного, тогда как в группе больных, получавших НовоСевен, одно переливание на одного больного. В среднем трансфузионная нагрузка на больных, у которых применяли НовоСевен, оказалась в 2,5 раза меньше, чем в группе больных, не получавших этого препарата. Таким образом, препарат НовоСевен существенно снижал анемизацию и трансфузионную нагрузку на больных с геморрагическими осложнениями после хирургического лечения.

Заключение. Препарат НовоСевен является мощным гемостатическим средством, которое способно эффективно купировать массивные кровотечения, раз-

вившиеся после хирургического лечения. При этом удаётся существенно снизить анемизацию больных и трансфузионную нагрузку, что уменьшает риск посттрансфузионных осложнений у этих больных.

Литература:

1. Румянцев А.Г., Бабкова Н.В., Чернов В.М. Применение рекомбинантного активированного фактора коагуляции VII в клинической практике. Обзор литературы. Гематол. и трансфузиол. - 2002. - № 5. - С. 36-41.
2. Плющ О.П., Копылов К.Г., Городецкий В.М. и соавт. Новая технология остановки и профилактики кровотечений в клинической практике. Вopr. гематол. и иммунопатологии в педиатрии. - 2003. - № 2. - С. 83-87.
3. С. Баркаган, С.А. Ходоренко, А.Н. Мамаев, А.В. Назаров, И.В. Мамаева, Л.П. Цыпкина, А.В. Россоха. Опыт применения рекомбинантного фактора VIIa в терапии и профилактике интра- и послеоперационных кровотечений у онкологических больных. Научно-практический журнал «Тромбоз, гемостаз, реология» №1, 2006 год, с 69-72/

УДК 616.13-089-031.62-001

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭМБОЛИЗАЦИИ РАНЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

И.А. Чиканов

Восточно-Казахстанская Областная Больница, Отделение эндоваскулярной хирургии и интервенционной кардиологии, г. Усть-Каменогорск

Тұжырым

АРТЕРИЯҒА ЕРТЕ ЭМБОЛИЗАЦИЯЛЫҚ ТӘЖІРБИЕНІ АЛҒАШ ҚОЛДАНУ

Қан тамырларының зақымдануы жарақаттардың өте қауіпті және ауыр түрлеріне жатқызылады, көп жағдайларда жарақаттанушыны мүгедектікке және өлім-жітімге әкел соқтыруы мүмкін. Осы күнге дейін артерия жарақаты кезінде эндоваскулярлық араласу мүмкіншіліктері соңына дейін анықталмаған, оның тиімділігі мен қауіпсіздігі бағаланбаған, операциядан кейінгі асқынулар сарапталынбаған. Рентгеноэндоваскулярлық окклюзия әдісі соңғы типтегі артерия эмболизациясы үшін қолданылуы мүмкін. Ірі магистральды артерия қабырғасының жарақаты оны эмболизациялауға болмайтындығын білдіреді.

Summary

THE FIRST EXPERIENCE OF PERIPHERAL ARTERIAL EMBOLIZATION WOUNDS

Vascular injuries are among the most dangerous and severe types of trauma, often entail the victims disability and death. Hitherto not been fully identified opportunities endovascular interventions in trauma of the arteries, not to evaluate their effectiveness and safety, not analyzed and their complications. The method of endovascular occlusion can be used for embolization of the arteries of finite type. Wound wall large main artery is a contraindication to its embolization.

Повреждения сосудов относятся к наиболее опасным и тяжелым видам травмы, нередко влекут за собой инвалидизацию потерпевших и смертельный исход. Они встречаются в основном у людей молодого возраста, поэтому проблема сосудистой травмы приобретает особую социальную значимость.

Диагностика и лечение больных с травмой артерий является одной из актуальных задач современной сосудистой хирургии. В структуре всей травмы по данным различных авторов они составляют от 2 % до 6-11% (Леменев В.Л., Кошелев Ю.М., Никулин Б.И. 1998г.)

Одной из сложных и актуальных проблем сосудистой хирургии является ятрогенное повреждение сосудов. Это обстоятельство продиктовано тем, что имеющаяся тенденция к повышению хирургической активности во всех отраслях хирургии влечет за собой ряд ошибок врачей, в частности, непреднамеренное повреждение артериальных и венозных сосудов. Наиболее часто причиной повреждения артерий являются лечеб-

но-диагностические манипуляции, выполняемые через бедренную артерию. Частота таких повреждений, из совокупности всех других ятрогенных повреждений сосудов, по данным некоторых авторов достигает 35% (Бахритдинов Ф.Ш., соавт, 2002 г.).

Важность проблемы заключается в том, что повреждения артерий в поздний посттравматический период нередко осложняется повторными массивными кровотечениями, инфицированием раны, все это может протекать на фоне повреждений других органов и тканей, утяжеляющих общее состояние больного (Прокубовский В.И., Черкасов В.А., Дубовик С.Г., 1997г.). Длительное кровотечение при повреждении даже мелких ветвей приводит к массивной кровопотере. Тяжелая сочетанная травма, ухудшающая общее состояние больного, повышают частоту осложнений и летальных исходов (Коротков Д.А., Михайлов Д.В. 1998г)

Несмотря на то, что ангиографическая диагностика и эндоваскулярные вмешательства широко применяются

для лечения различных заболеваний сосудов, в литературе встречаются лишь единичные сообщения об эффективности и безопасности эндоваскулярного лечения при их повреждениях. До сих пор до конца не определены возможности эндоваскулярных вмешательств при травме артерий, не оценена их эффективность и безопасность, не проанализированы их осложнения.

Метод рентгеноэндоваскулярной эмболизации: Через установленный интродьюсер в магистральных артериях по методике Сельдингера производится селективная и супер-селективная катетеризация перфорированной артерии с последующим введением эмболов, может быть использован только применительно к артериям конечного типа, а именно ветви внутренней подвздошной артерии, глубокой артерии бедра, подкрыльцовой артерии. Необходимо помнить, что эмболизация может быть применена только в тех сосудах, которыми можно пожертвовать без риска развития ишемических осложнений.

Стабильное положение катетера в сосуде является важным требованием к выполнению эмболизации, спо-



Рисунок 1. Артериография: Ложная аневризма д/3 нижней ягодичной артерии слева

Проведена рентгеноэндоваскулярная окклюзия д/3 ягодичной артерии спиральными эмболами. При контрольной ангиографии эмболизация полная (рис 2).

В последующем пациенту проведена операция: опорожнение гематомы ягодичной области через проксимальный разрез. Осложнений не наблюдалось.

Выводы:

1. Ангиографическая диагностика является одним из достоверных методов исследования при травме артерий, позволяет уточнить локализацию поврежденного сосуда и наметить дальнейшую тактику хирургического лечения.
2. Метод рентгеноэндоваскулярной окклюзии может быть использован для эмболизации артерий конечного типа. Ранение стенки крупной магистральной артерии является противопоказанием к её эмболизации.
3. Эндоваскулярные методы лечения эффективны при травме артерий, предпочтительны при тяжелой сочетанной травме и тяжелом соматическом состоянии больного.
4. Профилактика осложнений при проведении эндоваскулярных вмешательств должна основываться на оценке состояния артериального русла и возможностях технического обеспечения.

собным значительно снизить процент осложнений. Согласно общим рекомендациям по эмболизации, процедура выполняется под рентгеноскопическим контролем. Эмболизация прекращается при достижении стагнации кровотока, появление рефлюкса контрастного вещества не допускается. Следует отметить что, несмотря на то, что транскатетерная эмболизация ограничена определенными случаями повреждения магистральных артерий, она является жизнесохраняющим, эффективным и безопасным вмешательством. Отбор пациентов должен проводиться с определенной осторожностью и при полном взаимопонимании и согласии между хирургической бригадой и бригадой интервенционных радиологов, а само вмешательство должно выполняться только опытными специалистами с целью снижения риска развития операционных осложнений.

Пример: **Больной М.** 1970 г.р. с диагнозом: Посттравматическая аневризма д/3 нижней ягодичной артерии слева. Артериография: Ложная аневризма д/3 нижней ягодичной артерии слева (рис.1.).

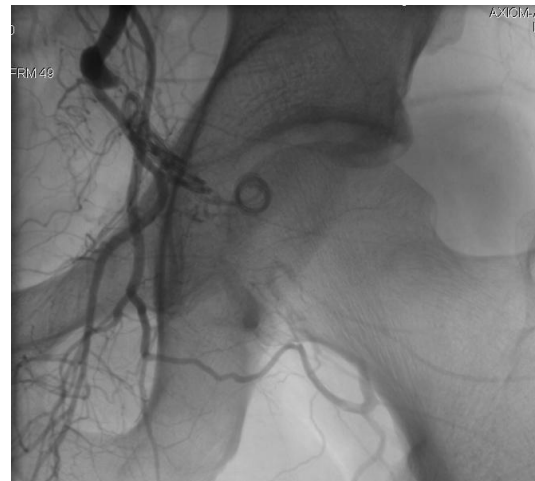


Рисунок 2. Полная эмболизация.

Литература:

1. Белозеров Г.Е., Климов А.Б., Бочаров С.М., Черная Н.Р., Рябухин В.Е., Прозоров С.А. Эндоваскулярные вмешательства при травме периферических артерий // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания: Материалы 10 Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов.- 2004.- Т.5.- №11.- С.1982
2. Кунгурцев Е.В., Михайлов И.П., Щербюк А.А., Иофик В.В., Никулин Б.И., Гольдина И.М., Бочаров С.М. Хирургическая профилактика эмболии легочной артерии у больных с эмбогенным тромбозом глубоких вен нижних конечностей // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Сб. научных трудов II конгресса Московских хирургов.-М.- 2007.- С.30-31
3. Белозеров Г.Е., Климов А.Б., Черная Н.Р., Рябухин В.Е., Бочаров С.М., Олейникова О.Н. Рентгеноэндоваскулярный гемостаз при неотложных состояниях // Материалы конгресса. Невский радиологический форум. «Новые горизонты».- С.Пб.- 2007.- С. 507-508
4. Бочаров С.М., Белозеров Г.Е., Черная Н.Р., Климов А.Б. Ангиографическая семиотика ранений и повреждений артерий // Диагностическая и интервенционная радиология.- 2007.- Т.1.- № 1.- С.88-92.

УДК 618.1+616.523

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛЬНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Г.В. Байсекенова

КГКП «Павлодарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар

Тужырым РЕПРОДУКТИВТИ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛ АДАМДАР ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ ҰШЫҚ ЖҰҚПАЛАР АУРУЛАРЫН ЗЕРТТЕУ ӨЗЕКТІЛІГІ

Репродуктивті жастағы әйел адамдар жыныс мүшелерінің ұшық жұқпалар ауруларын зерттеу өзектілігі жоғары әлеуметтік-медициналық маңыздылығымен дәлелденген. Жыныс мүшелер ұшығын емдеудегі әсерлі әдістерін әзірлеу, емделушілердің жыныс мүшелеріндегі қайталанатын ұшығын емдеу проблемасын шешуде маңызды кезең болып табылады. Эпиген мен Виусидпен жүргізілген кешенді ем клиникалық ұзақтығы 3 есе арту статистикасын, қайталану кезеңінің ұзақтылығының төмендеуін, ұшық вирусы жұқпасы бар науқастардың екінші иммундық дисфункциясының зертханалық көрсеткіштеріне оң әсерін тигізді.

Summary

THE RELEVANCE OF STUDYING GENITAL HERPETIC INFECTIONS OF WOMEN AT REPRODUCTIVE AGE

The relevance of studying genital herpetic infections of women at reproductive age has a high social and medical importance. Development of effective treatment methods of genital herpes is one of the main stages for solving the problem of effective treatment of patients with recurrent genital herpes. Conducted complex treatments using Epigen and Viusid revealed a statistically significant three time increase of clinics duration, decrease of relapse period, had a positive effect on laboratory features alignment of secondary immune dysfunctions of patients with herpetic viral infections.

Изучение заболеваний, передаваемых вирусом герпеса, обосновано в связи с их широкой распространенностью, высокой социально-медицинской значимостью, последствия которых негативно отражаются на репродуктивном здоровье населения и в целом на качестве жизни. Наиболее серьезную проблему для репродуктивного здоровья населения представляет рецидивирующая герпетическая инфекция. Терапия и профилактика генитального герпеса (ГГ) в настоящее время заключается в применении ациклических нуклеозидов, общим недостатком которых является неспособность полностью элиминировать вирусы из организма, а также развитие резистентности к этой группе препаратов. Разработка новых эффективных методов лечения и профилактики генитального герпеса должна быть основана на изучении иммунопатологических изменений, способных повлиять на течение инфекции.

Появление новых препаратов с механизмом действия, отличным от ациклических нуклеозидов, эпигена и виусида может быть одним из важных этапов решения проблемы эффективного лечения пациентов с рецидивирующим генитальным герпесом.

На основе статистических материалов проведен анализ заболеваемости генитальным герпесом в Павлодарской области за период 2005–2010 гг. с использованием общепринятых методов медицинской статистики. Проведено клиничко-лабораторное обследование 89 женщин в возрасте от 16 до 50 лет и более с клинической картиной рецидивирующего генитального герпеса в периоде рецидива. Контрольная группа состояла из 23 лиц (здоровые доноры). Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст от 16 до 50 лет и более; моногерпесвирусная инфекция (верификация комплексом лабораторных исследований); наличие клинических проявлений генитального герпеса; длительность течения генитального герпеса более 1 года; количество рецидивов не менее 3 в год; отсутствие приема иммуномодулирующих препаратов в течение последних 3 месяцев до включения в исследование; отсутствие тяжелых соматических заболеваний и другой патологии, изменяющих состояние иммунной реактивности. Лабораторная часть работы включала об-

щеклинические, иммунологические исследования, которые проводились до и после лечения.

Для оценки эффективности и безопасности комплексного метода лечения эпигеном и виусидом больные методом случайной выборки были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным демографическим и клиническим показателям.

1 группа (n=44) получали стандартную терапию, включающую ацикловир в дозе 1,0 г в сутки в течение 10 дней. Местно – «Ацикlostад» 2 раза в день на очаги поражения.

2 группа (n=45) больных получали Виусид по 4,5 г 3 раза в день после еды в течение 21 дня. Местно – Эпиген в виде спрея 5 раз в день на очаги поражения.

Клиническая эффективность терапии оценивалась по динамике субъективных и клинических симптомов: длительности (соответствует времени достижения полной эпителизации) и степени тяжести клинического течения рецидива; длительности периода ремиссии; по изменению показателей иммунного статуса. Отдаленные результаты лечения оценивались в течение 3 месяцев амбулаторного наблюдения по количеству и степени тяжести рецидивов, длительности ремиссии.

Всего под наблюдением находилось 89 больных с рецидивирующим генитальным герпесом. Оценка эффективности лечения в группах осуществлялась по первичному (продолжительность субъективных симптомов – боль, зуд, жжение и время образования корочек) и вторичному критериям (время реэпителизации).

Ближайшие результаты лечения по первичному и вторичному критериям, включенных в алгоритм оценки, показаны в таблице 6.

Из таблицы видно, что ближайшие результаты лечения во 2-ой группе превосходили 1-ую группу: уменьшение боли к концу 6 дня наблюдалось у 77,7±6,2% и 43,2% соответственно по группам. Такая же тенденция наблюдалась при оценке субъективных симптомов к концу 6 дня наблюдения: исчезновение зуда – у 73,3±6,6% и 52,2±7,5%; уменьшение жжения – у 62,1±7,2% и 34,0±7,1% соответственно по группам.

Более положительная динамика установлена во 2 группе: впервые 6 дней у 35 (77,7±6,9%) больных

уменьшился болевой синдром, купировалась лихорадка у 41 (91,1±4,2%), остановились новые высыпания у 33 (73,3±6,6%). Так, к окончанию 6 дня у наибольшего числа больных 2 группы процесс закончился образованием

корочек у 75,7±6,4% против 34,0±7,1%, в среднем образование корочек наблюдалось через 4,62 дня против 6,8 дня в 1 группе.

Таблица 6. – Динамика клинических показателей в процессе лечения стандартной (1 группа) и комплексной терапии Эпигеном и Виусидом (2 группа).

	1 группа (n=44)			2 группа (n=45)		
	1 нед.	2 нед.	3 нед.	1 нед.	2 нед.	3 нед.
Первичный критерий						
Исчезновение зуда	6	17	22	11	22	12
	13,6±5,2	38,6±7,3	50,0±7,5	24,4±6,4	48,9±7,4	26,7±6,6
Уменьшение боли	7	12	25	11	24	10
	16,0±5,5	27,2±6,7	56,8±7,5	24,4±6,4	53,3±7,4	22,2±6,2
Уменьшение жжения	3	12	29	8	20	17
	6,8±3,8	27,2±6,7	65,9±7,1	17,7±5,7	44,4±7,4	37,7±7,2
Образование корочек	2	13	24	13	21	11
	4,5±3,1	29,5±6,9	54,5±7,5	29,0±6,8	46,7±7,4	24,4±6,4
Вторичный критерий						
Эпителизация эрозий, язв	3	10	31	7	8	20
	6,8±3,8	22,7±6,3	70,5±6,9	15,5±5,4	40,0±7,3	44,4±7,4
<i>Примечания</i>						
1 Числитель – абс. число.						
2 Знаменатель – относительное число.						

Оценка признаков по вторичному критерию продемонстрировало такую тенденцию: число больных 2 группы с реэпителизацией в первые 6 дней лечения в 1,8 раза превосходило 1 группу: 55,5% против 29,5% соответственно. К моменту окончания срока наблюдения число больных 2 группы составило лишь 44,4% против 70,5% 1 группы. Эпителизация эрозий по срокам была следующей: во 2 группе – на 5,0 день, в 1 группе – на 7,6 день, что в 1,5 раза быстрее.

Проведенное комплексное лечение эпигеном и виусидом позволило получить статистически значимое в 3 раза увеличение длительности клинической ремиссии в отдаленном периоде во 2 группе с 2 мес до 12,3 мес, в 1 группе с 1,9 мес. до 3,9 мес. Продолжительность рецидива во 2 группе до лечения составила 8,1 день, то после проведенного лечения – 3,0 дней; в 1 группе – 8,1 и 5,2 дня соответственно. Результаты клинических исследований показали, что Эпиген и Виусид в исследованных дозах хорошо переносятся больным, не вызывают аллергических реакций.

Влияние стандартной терапии на иммунологические показатели больных с генитальной герпесвирусной инфекцией выражались в нормализации функционально-метаболической и фагоцитарной активности клеток. Так, показатели НСТ-теста у пациентов 1 группы через 3 месяца снижались на 59,3% (6,91±0,17, p<0,001) и соответствовали контрольным данным. Индекс стимуляции на фоне терапии находился в пределах результатов здоровых лиц, и превышал показатели, установленные до лечения в 2,1 раза (p<0,001), к 3-му месяцу отмечалось его снижение в 1,4–1,5 раза как по сравнению с данными после лечения и относительно группы контроля (2,45±0,15, p<0,001). Проведенная терапия оказала незначительное влияние на фагоцитарную активность микро- и макрофагов у пациентов с хронической герпетической инфекцией: отмечалась тенденция к повышению поглотительной способности клеток, однако полученные результаты оставались ниже показателей здоровых лиц на 30,6% (p<0,05), к 3-му месяцу данный показатель оставался в 1,3 раза ниже контроля (54,42±6,71). Фагоцитарное число после лечения и спустя 3 месяца соответствовало данным контроля (7,14±1,08, p<0,05).

В то же время, отмечалась нормализация интегральных показателей и через 3 месяца они соответствовали контрольным данным.

Включение в терапию генитальной герпесвирусной инфекции препаратов Эпигена и Виусила показало их позитивное влияние на все звенья иммунной системы. Наряду с нормализацией показателей факторов неспецифической резистентности организма (снижение НСТ от 17,65±1,43 до 5,14±1,84, p<0,001, повышение индекса стимуляции от 1,68±0,12 до 3,60±0,06, p<0,001, повышение фагоцитарной активности клеток от 45,33±5,61 до 69,08±7,16, p<0,001) у больных генитальным герпесом отмечалось восстановление гематологических индексов. После окончания комбинированной терапии, так и спустя 3 месяца индексные показатели соответствовали величинам здоровых лиц.

При изучении влияния стандартной и комплексной терапии на субпопуляционный состав лимфоцитов пациентов с генитальным герпесом были получены следующие результаты (рисунок 2): проводимая стандартная терапия не оказала влияния на количество CD3+ лимфоцитов, количество которых оставалось в пределах показателей данной группы до лечения и ниже результатов контроля в 1,4 раза (p<0,05); к 3 месяцу наблюдения относительное количество общих Т-лимфоцитов продолжало увеличиваться, однако оставались ниже данных контроля. Аналогичная динамика наблюдалась и со стороны CD4+ и CD8+ лимфоцитов. Так, содержание CD4+ и CD8+ после лечения оставалось в пределах данных установленных до начала терапии, оставаясь при этом ниже результатов контроля на 37,2% (p<0,01) и 20,7% (p<0,05) соответственно; через 3 месяца сохранялась данная тенденция однако число клеток с фенотипом CD4+ оставались ниже контрольных величин на 32,1% (p<0,01). При этом у больных генитальным герпесом отмечался рост количества CD8+ и результаты установленные через 3 месяца были на уровне показателей, полученных до начала терапии и после ее окончания, а также в пределах контрольных данных. Уровень CD16+ лимфоцитов у пациентов с генитальным герпесом превышал показатели контрольной группы в 2,2 раза (p<0,01) как до начала терапии, так и после ее проведения и к 3 месяцу был

выше в 1,3 раз ($p < 0,01$) контроля. Содержание клеток с фенотипом CD25+ было снижено по сравнению с показателями здоровых лиц в 2,5 раза ($p < 0,01$), а к 3 месяцу наблюдался рост его количества, достоверно не отличаясь от показателей контроля.

Уровень CD20+ лимфоцитов после проведенной терапии оставался в пределах показателей до лечения и превышал данные контрольной группы на 41,6% ($p < 0,01$). Несмотря на их снижение к 3-му месяцу их значения превышали контрольные 32,8% ($p < 0,02$).

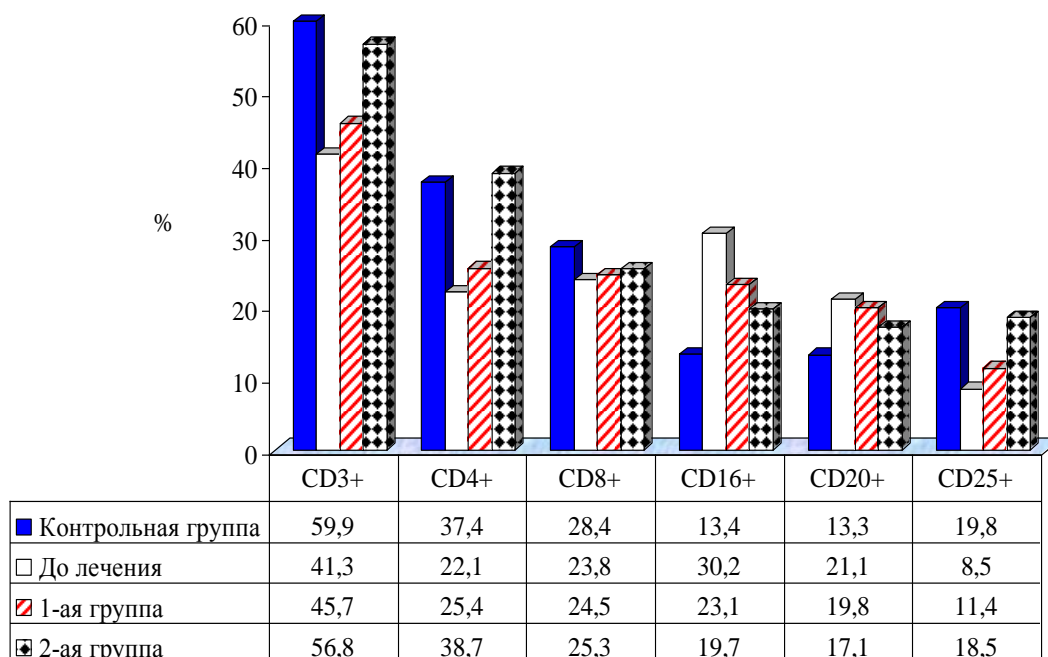


Рисунок 2– Динамика относительных показателей субпопуляционного состава лимфоцитов у больных генитальным герпесом после стандартного лечения и терапии Эпигеном и Виусидом

После лечения Эпигеном и Виусидом отмечался рост количества CD3+ лимфоцитов и через 3 месяца это число соответствовало контрольным величинам ($p < 0,02$). Уровень CD4+ лимфоцитов достоверно не отличался от результатов, полученных до начала лечения, оставаясь ниже контрольных величин на 27,3% ($p < 0,05$). Однако к концу 3-го месяца, данный показатель соответствовал уровню здоровых лиц, и был выше результатов до начала терапии и после ее окончания на 40,3% ($p < 0,01$) и 29,7% ($p < 0,01$) соответственно. Отмечался рост количества CD8+ лимфоцитов, а к 3 месяцу наблюдения его количество соответствовало контрольным величинам.

Под влиянием Эпигена и Виусида у больных с генитальным герпесом наблюдалось снижение цитотоксичности клеток, что проявлялось в уменьшении количества натуральных киллеров, их относительное количество было выше на 49,2% ($p < 0,02$) контрольных величин. Через 3 месяца наблюдалось дальнейшее снижение CD16+ клеток, при этом их уровень достоверно не отличался от показателей контрольной группы и был ниже данных, установленных до начала терапии на 33,9% ($p < 0,01$).

Применение комплексного лечения нормализует содержание клеток, имеющих рецепторы к ИЛ-2. После окончания терапии отмечался рост количества CD25+ клеток по сравнению с показателями здоровых

лиц ($p < 0,05$). Через 3 месяца наблюдалось дальнейшее его снижение и был выше на 51% ($p < 0,001$) результатов до лечения и на 34% ($p < 0,05$) после его окончания.

Положительная динамика на фоне терапии Эпигеном и Виусидом, наблюдалась при изучении гуморального звена иммунной системы у пациентов с генитальным герпесом. Так относительный уровень CD20+ лимфоцитов имел тенденцию к снижению как после лечения, так и спустя 3 месяца, при этом полученные результаты достоверно не отличались от данных здоровых лиц.

Как показали наши исследования, стандартная терапия не оказала позитивного влияния на уровень сывороточных иммуноглобулинов (рисунок 3): содержание IgA после лечения, оставалось в пределах величин, установленных до лечения ($p < 0,001$); IgM– ниже контроля в 1,4 раза ($p < 0,001$) и к концу 3-го месяца соответствовало контрольным величинам ($p < 0,001$); уровень IgG сохранялся на низких показателях как после окончания лечения, так и спустя 3 месяца ($p < 0,001$). Соответственно, у больных с герпетической инфекцией на фоне стандартной терапии уровень циркулирующих иммунных комплексов после лечения и спустя 3 месяца, оставался без изменений, то есть на уровне результатов, регистрируемых до лечения $59,15 \pm 4,28$ усл.ед., и составлял $58,47 \pm 3,11$ усл.ед., и $57,9 \pm 4,58$ усл.ед. соответственно.

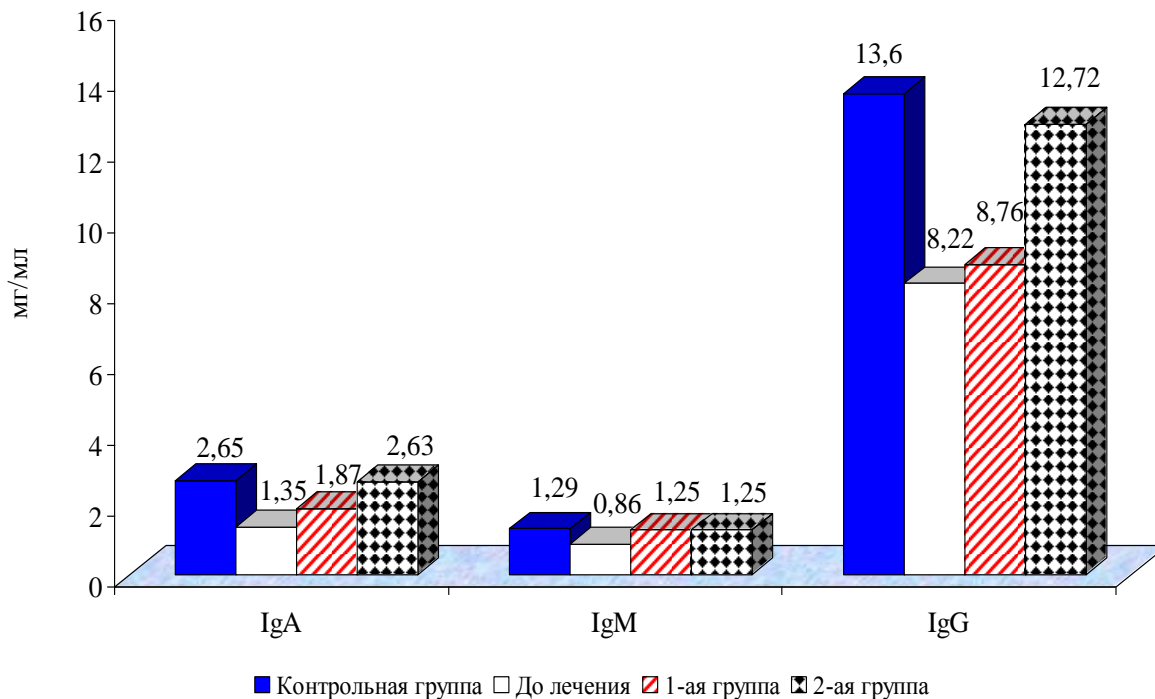


Рисунок 3 – Динамика сывороточных иммуноглобулинов у больных генитальным герпесом после стандартного лечения и терапии Эпигеном и Виусидом

Проведенный анализ показал, что стандартная терапия генитального герпеса не оказывает существенного влияния на иммунологическую систему организма, что отражается на неполной реализации противовирусной защиты с последующей возможностью хронизации вирусного процесса.

На фоне терапии Эпигеном и Виусида одновременно со снижением количества CD20+ лимфоцитов изменилась концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови. Так, уровень IgA к концу терапии повысился на 48,6 % (p<0,05) относительно результатов, установленных до начала терапии и достоверно не отличался от данных контрольной группы. Через 3 месяца содержание IgA в основной группе превышало в 2 раза (p<0,001) показатели до лечения и находилось в пределах величин, зарегистрированных после лечения и контрольных значений.

Несмотря на то, что после лечения Эпигеном и Виусидом отмечалась тенденция к повышению содержания IgM, по сравнению с данными, установленными до начала терапии, его уровень соответствовал величинам здоровых лиц. Аналогичная динамика IgM отмечалась и через 3 месяца.

Содержание IgG после лечения и через 3 месяца находилось на одном уровне и соответствовало данным контроля. При этом было выше результатов, установленных до лечения на 34,1 % (p<0,001) и 34,7 % (p<0,001) соответственно.

Необходимо отметить, что у больных с герпетической инфекцией на фоне комплексной терапии наблюдалась тенденция к снижению уровня циркулирующих иммунных комплексов (от 61,52±5,81 усл.ед. до 58,43±3,18 усл.ед.) по отношению к результатам, полученным до лечения. Полученные данные находились в пределах контрольных величин (53,42±5,12 усл.ед.). Через 3 месяца содержание ЦИК снижалось до 51,48±3,18 усл.ед., и соответствовало значениям здоровых лиц.

Таким образом, проведенная комплексная терапия Эпигеном и Виусидом оказывает позитивный эффект на нивелирование лабораторных признаков вторичной иммунной дисфункции у больных с герпесвирусной инфекцией. Под влиянием данных препаратов отмечалось увеличение количества клеток, экспрессирующих молекулы CD25+, происходил регресс В-лимфоцитоза и Т-лимфопении, наблюдалось снижение содержания натуральных киллеров, улучшение функционально-метаболической, секреторной и фагоцитарной функции макрофагов.

Представленные результаты наших исследований позволили сформулировать ряд **выводов**:

1. Проведенный анализ показал тенденцию к росту заболеваемости ГГ (от 14,8 до 52,1 на 100 тыс. населения), возрастание удельного веса его в структуре ИППП: 2005г. – 2,4%; 2006г. – 4,2%; 2007г. – 5,4%; 2008г. – 7,9%; 2009г. – 10,0%; 2010г. – 14,0%, в среднем составил 6,8%. Факторами развития рецидивирующих форм заболевания у женщин репродуктивного возраста являются воспалительные заболевания гениталий (аднексит, сальпингоофорит, – 29,2±4,8%, функциональные кисты яичников – 6,7±2,6%, миома матки – 15,7±3,8%, эндометриоз – 20,2±4,2%).

2. Выявлены особенности течения генитального герпеса у женщин репродуктивного возраста: длительное рецидивирующее со средней и тяжелой степенью тяжести заболевания (46,1±5,3% и 29,2±4,2% соответственно), частые рецидивы (в среднем 5,8±1,9), в 1/3 случаях сопровождающееся регионарным лимфаденитом; возрастанием атипичных форм заболевания (до 22,5±4,4%).

3. При генитальной герпесвирусной инфекции у женщин выявлены иммунологические нарушения, проявляющиеся снижением фагоцитарной активности, повышением кислородзависимой бактерицидности и истощением резервных возможностей фагоцитов; Т-лимфоцитопенией, В-лимфоцитозом, гипои иммуноглобулинемией.

4. Проведенное комплексное лечение эпигеном и виусидом позволило получить статистически значимое в 3 раза увеличение длительности клинической ремиссии в отдаленном периоде по сравнению со стандартным курсом терапии (ацикловиром) с 2 мес. до 12,3 мес (против 1,9 мес. – 3,9 мес), снижением длительности периода рецидива с 8,1 день до лечения до 3,0 дня после лечения (против 8,1 и 5,2 дня соответственно). Эпиген и Виусид не вызывают побочных эффектов, хорошо переносятся больными.

Литература:

1. Барановская Е.И., Жаворонок С.В., Супрун Л.Я., Воронцов А.Н. Особенности течения беременности и

родов у больных с герпесвирусными инфекциями // Акушерство и гинекология, 2004,5, 49-50.

2. Жаров С.Н., Лучшев В.И., Помазанов В.В. Результаты применения препарата на основе глицирризиновой кислоты в комплексной терапии больных хроническим гепатитом С // Инфекционные болезни, 2003, т.1,1, 70-74.

3. Земсков В.М., Лидак М.Ю., Земсков А.М., Микстайс У.Л. Низкомолекулярная РНК. Рига, Зинатне, 1985.

4. Snowden W. , Manohitharajah V., Crooks J. Antiviral sensitivity of herpes simplex isolates from patients participating in the valacyclovir genital herpes simplex programme //Antiinfective Drugs Chemother , 1998, 16 (suppl 1), 19.

УДК 618.2+616.12-008.331.1

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

¹Ж.Б. Бабашева, ¹И.В. Красильникова, ¹З.Л. Дзангиева, ²Л.Г. Пермитина

ГККП «Павлодарский областной родильный дом», г. Павлодар¹
ГККП «Родильный дом», г. Экибастуз²

Резюме

В обзоре представлены данные литературы о частоте, патогенезе, классификации артериальной гипертензии у беременных. Рассмотрены современные способы лечения артериальной гипертензии у беременных.

Тұжырым

ЖҮКТІЛІК КЕЗДЕ АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ БОЛУЫ

Шолуда жүктілердің артериальдық гипертензияның жіктелуі, патогенезі, жиілігі туралы әдебиет мәліметтері көрсетілген. Жүктілерде артериальдық гипертензияны емдеудің қазіргі заманғы әдістері қарастырылған.

Summary

HYPERTENSION IN PREGNANCY

This review presents the literature about the frequency, the pathogenesis and classification of arterial hypertension in pregnancy. We consider the modern methods of treatment of arterial hypertension in pregnancy

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из наиболее распространенных форм патологии у беременных. В Казахстане АГ встречается у 5–30% беременных, и на протяжении последних десятилетий отмечается тенденция к увеличению ее распространенности. В период беременности АГ существенно влияет на ее течение и исход, является основной причиной перинатальных потерь и материнской смертности. Во время беременности АГ может привести к развитию отслойки нормально расположенной плаценты, отслойки сетчатки, эклампсии с нарушением мозгового кровообращения и полиорганной недостаточностью, тяжелых форм синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром). Осложнениями АГ также являются прогрессирующая фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода, а в тяжелых случаях – асфиксия и гибель плода. Отдаленный прогноз у женщин, имевших АГ в период беременности, характеризуется повышенной частотой развития ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний. Дети этих матерей подвержены развитию различных метаболических и гормональных нарушений, сердечно-сосудистой патологии. Впервые систематическое лечение АГ беременных начал использовать LeonChesley (1945 г.). В дальнейшем изучение патофизиологии гипертензии при беременности позволило применять современные антигипертензивные препараты, существенно улучшающие состояние плода в перинатальном периоде и значительно сокращающие частоту осложнений у матери.

В статье опубликована классификация гипертензивных состояний при беременности рекомендованной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2011 года №869 «О внесении дополнений в приказ министра здравоохранения республики Казахстан от 7 апреля 2010 года №239».

Гипертензивные состояния при беременности представлены группой заболеваний:

- существующих до беременности;
- развившихся, непосредственно, в связи с беременностью.

Классификация АГ в период беременности

1. Хроническая АГ - все гипертензивные состояния, диагностированные у женщины до беременности или до 20-ой недели ее развития, при этом АГ не исчезает после родов. АГ, диагностированная после 20-й недели беременности и не исчезающая спустя 12 недель после родов, также классифицируется как хроническая АГ:

- Артериальная гипертензия (первичная)
- Симптоматическая (вторичная) АГ

2. Гестационная АГ - артериальная гипертензия, индуцированная беременностью манифестирующая после 20-ой недели беременности.

3. Преэклампсия /эклампсия - осложненная гестационная АГ - преэклампсия (АГ + протеинурия) и эклампсия (АГ+ протеинурия +судороги).

4. Преэклампсия /эклампсия на фоне хронической АГ - осложненная хроническая АГ - преэклампсия (АГ + протеинурия) и эклампсия (АГ + протеинурия +судороги).

Хроническая АГ. Женщины с АГ при планировании беременности должны пройти комплексное клинико-лабораторное обследование в соответствии с общепринятыми стандартами ведения пациентов с артериальной гипертензией с целью:

- оценки функционального состояния органов-мишеней – ЭКГ, ЭхоКГ, исследование сосудов глазного дна, ультразвуковое исследование почек, при необходимости мониторинг ЭКГ по Холтеру, нагрузочные тесты;

- определения степени и группы риска АГ;

- в случае приема женщиной антигипертензивных препаратов на этапе планирования беременности – коррекция медикаментозной терапии: отмена ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II и дозы препарата, добываясь целевого уровня АД < 140/90 мм рт.ст.

- оценки прогноза для матери и плода.

Выделяют 3 ст. риска развития осложнений беременности у женщин с ХАГ:

I ст. риска – минимальная, соответствует АГ1-2 группе риска. Беременность протекает относительно удовлетворительно и допустима. Вместе с тем, у 20% беременных с ХАГ развиваются различные осложнения: преэклампсия, отслойка нормально расположенной плаценты, у 12% – преждевременные роды.

II ст. риска – выраженная, соответствует АГ 3 степени риска. Частота осложнений беременности значительно возрастает – преждевременные роды происходят у каждой пятой беременной, в 20% случаев наблюдается антенатальная гибель плода. Беременность потенциально опасна для матери и плода.

III ст. риска – максимальная, соответствует АГ 4 степени риска: беременность противопоказана. Осложнения беременности и родов возникают у каждой второй женщины, перинатальная смертность составляет 20%.

Гестационная АГ

- повышение уровня АД $\geq 140/90$ мм.рт.ст., впервые зафиксированное после 20 недели беременности и не сопровождающаяся протеинурией; после родов в течение 12 недель у пациенток с гестационной АГ АД возвращается к нормальному уровню.

- диагноз гестационной АГ ставится лишь на период беременности;

- рекомендуется наблюдение как минимум в течение 12 недель после родов. В том случае, если через 12 недель после родов АГ сохраняется, диагноз гестационной АГ меняется на диагноз хронической АГ и уточняется, после дополнительного обследования, в соответствии с общепринятой классификацией АГ.

Преэклампсия - специфичный для беременности синдром, который возникает после 20-й недели гестации, определяется по наличию АГ и протеинурии (больше 300 мг белка в суточной моче).

- умеренная выраженная

- тяжелая

- критическая: эклампсия; отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки; острый жировой гепатоз; HELLP-синдром; острая почечная недостаточность; отек легких, отслойка плаценты.

Факторы риска преэклампсии: возраст женщины <18 лет или ≥ 40 лет, предыдущая преэклампсия, антифосфолипидные антитела, АГ или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.; заболевания почек или протеинурия; сахарный диабет, ожирение (ИМТ ≥ 35), семейный анамнез преэклампсии (у матери, сестер), многоплодная беременность, первая беременность, несколько беременностей, интервал между предыдущей беременностью ≥ 10 лет, САД ≥ 130 мм рт.ст., или ДАД ≥ 80 мм рт.ст. При наличии факторов

риска преэклампсии описаны положительные эффекты небольших доз аспирина (75-100 мг в сутки).

Лечение гипертензивных состояний у беременных.

Цель лечения беременных с АГ – предупредить осложнения, обусловленные высоким уровнем АД, обеспечить сохранение беременности, нормальное развитие плода и успешные роды.

Практически все антигипертензивные препараты проникают через плаценту и потенциально способны оказывать нежелательное влияние на плод, новорожденного и/или дальнейшее развитие ребенка. Спектр антигипертензивных препаратов, используемых при беременности, ограничен. Препаратами первой линии являются метилдопа, допегит, антагонисты кальция (АК) дигидропиридинового ряда, β -адреноблокаторы (β -АБ). За рубежом лабеталол широко используется как препарат замены при неэффективности или непереносимости препарата выбора – метилдопы. Привлекательность лабеталола усиливает тот факт, что у него слабее, чем у других β -АБ, выражена способность проникать через плаценту.

Препараты второй линии. Наиболее изученным препаратом из группы АК является нифедипин пролонгированного действия. Накоплен достаточный клинический опыт, позволяющий считать его относительно безопасным для плода. Короткодействующий нифедипин 10 мг рекомендован в качестве средства для фармакотерапии тяжелой АГ у беременных. Таблетки пролонгированного действия (20 мг), а также таблетки с модифицированным/контролируемым высвобождением (30/40/60 мг) используются для продолжительной плановой базисной терапии АГ в период гестации. Гипотензивный эффект нифедипина достаточно устойчив, в клинических исследованиях не отмечено серьезных нежелательных явлений, в частности, развития тяжелой гипотензии у матери.

Нифедипин короткого действия при сублингвальной использовании в ряде случаев может провоцировать резкое неконтролируемое падение уровня АД, что приводит к снижению плацентарного кровотока. В связи с этим, даже при оказании неотложной помощи, рекомендуется прием препарат внутрь. Пролонгированные формы нифедипина не вызывают патологического снижения уровня АД, рефлекторной активации симпатической нервной системы, обеспечивают эффективный контроль, за уровнем АД, на протяжении суток без значимого повышения вариабельности АД. Применение АК возможно во II, III триместрах беременности. К побочным эффектам лечения АК относятся: тошнота, головная боль, головокружение; аллергические реакции; гипотония, периферические отеки.

Литература:

1. Протокол диагностики и лечения артериальной гипертензии у беременных Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2011 года №869 «О внесении дополнений в приказ министра здравоохранения республики Казахстан от 7 апреля 2010 года №239».

2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. Анестезия + реанимация в акушерстве и гинекологии. М.: Триада, 2000.

3. Серов В.Н. Гестоз: современная лечебная тактика. Фарматека. 2004; 1: 67–71.

4. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации. Прил. к журн. Кардиоваскул. тер.ипрофилак. 2008; 2.

5. Ткачева О.Н., Барабашкина А.В. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и фармакотерапии артериальной гипертензии у беременных. М.: ПАГРИ, 2006.

УДК 614.2+616-08

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА УЧАСТКЕ ПОЛИКЛИНИКИ «ХАКИМ»

К.А. Тулеуов, З.Л. Алимбекова, Т.Н. Лачкова, М.К. Мухаметжанова, Р.М. Жумамбаева, Г.К. Омарова

Государственный медицинский университет г. Семей, Поликлиника «Хаким», г. Семей

Резюме

Анализа профилактического осмотра жителей г. Семей, проживающих на участке поликлиники «Хаким» позволил выявить, что заболевания сердечно – сосудистой системы и их факторы имеют место на участке уже в молодом возрасте, при этом в большинстве случаев мужчины страдают ИБС, а женщины - артериальной гипертонией.

Тұжырым

«ХАКИМ» ЕМХАНАСЫНА ҚАРАСТЫ СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛА ТЕКСЕРУДІҢ ҚОРЫТЫНДЫ АНАЛИЗИ

Семей қаласындағы «Хаким» емханасына қарасты тұратындары арасында алдын – алу шараларын жүргізгенде, жүрек – қан – тамыр жүйесі аурулары жас адамдар арасында жиі кездесті, олардың көбі ер адамдар – ЖИА, әйелдер – артериальды гипертензия ауруларына шалдыққан.

Summary

ANALYSIS OF THE RESULTS OF ROUTINE INSPECTION INHABITANTS FAMILIES RESIDING IN THE AREA CLINICS, "HAKIM", SEMEY CITY

The analysis of routine inspection of townsmen of the Semei city living on a site of polyclinic "Hakim" has allowed to reveal that diseases of cardiovascular system and their factors take place on a site already at young age, thus in most cases men suffer the Ischemic Heart trouble, and women-arterial a hypertension.

На основании Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года» была принята Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, основной целью которой является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны (4). Подъем здравоохранения на качественно новый уровень развития может быть достигнут только путем коренного изменения технологии оказания услуг первично медицинской санитарной помощи (ПМСП). (4) При этом, одним из приоритетных задач развития отрасли, определенное министерством здравоохранения, является снижение уровня социально значимых заболеваний, улучшение качества жизни больных и увеличение продолжительности жизни населения. В этой связи на первый план выдвигаются проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, (далее – скрининговые осмотры), основной целью которых являются выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития их факторов риска.

Следует отметить, что основным проводником профилактики в широком смысле слова выступает участковый врач. Участковый врач первым сталкивается с заболевшим человеком, он должен знать не только настоящее, но и прошлое больного, объектом его заботы и деятельности является не только больной, но и здоровый человек, условия его жизни и труда.

Как известно, патология сердечно - сосудистой системы является важнейшей проблемой медицинской и социальной значимости ввиду высокой заболеваемости населения и занимает первое место в структуре смертности в большинстве развитых и развивающихся стран (3,5,6). Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений артериальной гипертензии (АГ) затрагивают широкий спектр «потенциально опасных» для здоровья факторов поведенческого, биологического, генетического, социального характера, окружающей среды, которые

повышают вероятность развития заболевания, его прогрессирования и неблагоприятного прогноза (1,2). Несмотря на широкомасштабные научные исследования, проводимые по изучению патогенетических аспектов болезней системы кровообращения и её осложнений (5,6,7), показатель смертности в Республике Казахстан (РК) остается высоким, а при анализе данных по регионам Восточно-Казахстанская область в 2010 году занимает 3-е место что соответствует 527,6 на 100 тыс. взрослого населения.

Исходя из этого, представлял интерес методом профилактического осмотра выявить основные болезни системы кровообращения (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и факторов риска их развития среди мужчин и женщин); на ранних этапах для проведения первичной и вторичной профилактики на участке поликлиники «Хаким» г. Семей.

На участке поликлиники «Хаким» проживает всего 13592 жителя. Из них взрослое население в возрасте от 15 лет и старше составляет -11502, в том числе 6653 мужчин и 6939 женщин, причем наибольшее число проживающихся лиц приходится на возраст от 20 до 49 лет, что составляет 6327 человек, т.е. 55% всего взрослого населения. В течении 2011 года (с 01.01 по 23.11.) скрининговым методом обследованы 1824 человек (852 мужчин и 972 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет, при этом 51,5% составили лица в возрасте от 18 до 40 лет что обусловлено, по-видимому, преимуществом молодого контингента жителей участка.

Скрининговый осмотр проводился в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно приказу №145 с соблюдением правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп, утвержденных приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 10 ноября 2009 года № 685 РК.

После физикальных исследований всем больным проведены общеклинические анализы крови, мочи, анализ крови на сахар, ЭКГ, лицам старше 18 лет определялись показатели холестерина и триглицеридов в крови. При необходимости больных направляли к вра-

чам других специальностей и на дополнительные исследования (лабораторные, функциональные, рентгенологические и т. д.). Средний медицинский персонал проводил: сбор анамнестических данных по анкете; антропометрические измерения; измерение артериального давления; взятие мазков для цитологического исследования (с 18 лет); исследование остроты зрения; измерение внутриглазного давления (лицам после 40 лет); определение остроты слуха. Результаты исследований целевых групп взрослого населения вносились в

статистическую карту профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента (форма 025-08/у).

При анализе полученных нами данных выявлено, что из 1824 обследованных лиц в возрасте от 18 до 65 лет болезни системы кровообращения, а также их факторы риска (сахарный диабет, ожирение), выявлены у 210 (97 мужчин и 113 женщин), что составило 11,93% (таблица 1).

Таблица 1.

Возраст	Осмотрено			Выявлено больных			
	всего	в том числе		всего (абс. чис.)	в том числе		проценты (%)
		м	ж		м	ж	
18 лет	182	92	90	0			0
25 лет	209	103	106	3	2	1	1,44
30 лет	153	74	79	4	1	3	2,61
35 лет	183	89	94	9	2	7	3,28
40 лет	154	68	86	12	5	7	5,00
42 год	75	31	44	2	2		2,67
44 года	53	21	32	2		2	1,89
45 лет	14	6	8	4	1	3	28,57
46 лет	87	43	44	23	4	1	26,44
48 лет	67	35	32	7	3	4	10,45
50 лет	145	69	76	25	20	15	17,36
52 года	94	41	53	15	5	10	15,96
54 года	86	38	48	15	10	5	17,44
55 лет	13	4	9	8	8	0	61,54
56 лет	82	40	42	11	3	8	11,96
58 лет	90	41	49	18	12	6	19,78
60 лет	85	39	46	31	11	20	36,05
62 года	23	11	12	6	3	3	26,09
64 года	21	5	16	7	4	3	33,33
65 лет	8	2	6	8	4	4	100,0
Итого	1824	852	972	210	100	110	11,28

Изучение этих показателей по возрастам показало, что патология сердечно-сосудистой системы на данном участке выявлена уже в группе лиц возраста 25 лет (1,44%), возрастая в группе 45 лет (28,5%), достигала значительных цифр в возрастной группе 55 лет (61,54%). Что касается группы лиц 65 лет то 100% об-

следованных страдали заболеванием органов кровообращения. При анализе этих данных по нозологиям у 115 из 210 была артериальная гипертония, что составило 54,7% у 36 ишемическая болезнь сердца(17,5%), у 7 сахарный диабет (3,34%) у 17 сосудистая дистония а у 35 ожирение (17,1%) (рис 1).



Рис. 1. Анализ нозологий.

Артериальной гипертонией, сахарным диабетом, ожирением и сосудистой дистонией страдали в основ-

ном женщины 57%, 85,8%, 79% и 53% соответственно, а ИБС – мужчины 66,6% (таблица 2).

Таблица 2.

Диагноз	Мужчин		Женщин		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Артериальная гипертензия	50	43	65	57	115	54,7
ИБС	24	66,6	12	33,4	36	17,5
Ожирение	14	40	21	79	35	17,1
Сосудистая дистония	8	47	9	53	17	8,1
Сахарный диабет	1	14,2	6	85,86	7	3,3
Итого	97	46,1	113	53,8	210	100

После проведения профилактического осмотра и выявления тех или иных патологий больные брались на диспансерный учет и направлялись при необходимости на лечение к соответствующим специалистам.

Выводы

1. Скрининговый осмотр целевых групп населения медицинскими работниками поликлиники «Хаким» позволил выявить на данном участке ряд социально значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы уже в молодом возрасте.

2. Анализ показателей профилактического осмотра по нозологиям и полу показал, что из всех больных с патологией органов кровообращения более половины страдают артериальной гипертонией и это были главным образом женщины, в то время как ишемической болезнью сердца болеют мужчины.

3. Выявленные в результате исследования закономерности позволяют более дифференцированно подойти к вопросам диспансеризации.

4. Проведение своевременных профилактических осмотров, как одной из форм профилактической деятельности врача, способствует развитию медико-социальной активности и улучшению качества жизни больных.

Литература:

1. Агеев Ф.Т., Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения //МРЖ. 2000 №15-16 С 622-626.

2. Беленков Ю.Н. Хроническая сердечная недостаточность в России – опыт 25 лет, где мы находимся и куда должны идти? // Сердечная недостаточность. 2003 №1 с. 9-11.

3. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Р.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования – эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) ЭПОХА-О-ХСН// Сердечная недостаточность 2003 №3 с. 116-120

4. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.

5. Диагностика и лечение нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. ВНОК.-2004, - 36с.

6. Gard R, Packer, Pitt B, Yusuf S. heart Failure in the 1990s: Evolution of major public health problem in cardiovascular medicine//I. Am Coll. Cardiol. 1993 V. 22 (Suppl A). p.3 A-5A.

7. Gillum R.F. Epidemiology of heart failure in the United States//Am. Heart. J. 1993 126 p. 1042-1047.

УДК 616.8-085.851-056.24

ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В СОМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

А.А. Алмагамбетова

КГКП «Центр психического здоровья», г.Семей

Резюме

Основной целью создания психотерапевтической службы в соматическом ЛПУ является оказание специализированной помощи пациентам с пограничными нервно-психическими нарушениями, сопряженными с соматической патологией.

Опыт работы врача-психотерапевта в соматической поликлинике показывает, что обязательными условиями его эффективного функционирования являются интегративный подход к организации психотерапевтической помощи, использование научно-обоснованных психотерапевтических подходов и тесный продуктивный контакт с врачами соматического профиля при лечении пациента.

Тұжырым

СОМАТИКАЛЫҚ ЕМХАНАДАҒЫ ПСИХОТЕРАПИАЛЫҚ КАБИНЕТ ЖҰМЫСЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ ТУРАЛЫ

Соматикалық ЕПМ-де психотерапевтикалық қызмет көрсетудің негізгі мақсаты соматикалық ауытқуы бар жүйке-психикалық бұзылысты науқастарына мамандандырылған көмек көрсету болып табылады.

Соматикалық емханадағы дәрігер-психотерапевтің еңбек тәжірибесі оның тиімді қызмет атқарылуының міндетті шарты болып, психотерапевтикалық көмек көрсету ұжымына интегративті жағынан келу, ғылыми-негізделген психотерапевтикалық подходтарды қолдану және науқасты емдеудегі соматикалық профилі бар дәрігерлермен тығыз продуктивті қарым-қатынаста болуын көрсетеді.

Summary

ABOUT EXPERIENCE OF A PSYCHOTHERAPEUTIC OFFICE IN SOMATIC POLYCLINIC

The main goal of psychotherapy services in the somatic medical-prophylactic establishments is to provide specialized care for patients with borderline neuro-psychiatric disorders, due to somatic pathology.

Experience of psychotherapists in somatic clinic shows that the conditions required for its effective functioning is an integrative approach to psychological care, the use of evidence-based psychotherapeutic approaches and close contact with doctors in the treatment of the patient.

Актуальность. Распространенность нервно-психических расстройств среди соматических больных высока. По данным ВОЗ, те или иные психические нарушения имеют более половины больных, страдающих соматическими заболеваниями средней и тяжелой степени выраженности. По данным отечественных и зарубежных исследователей нервно-психические расстройства при соматических заболеваниях встречаются у 40-57% пациентов [1,2].

Психическая патология, диагностированная по нозологическому, синдромальному, либо симптоматическому принципу, встречается в 80% в поликлинике и 57% в соматическом стационаре [3]. Среди контингента пациентов многопрофильной больницы пациенты с пограничными психическими расстройствами составляют более 55% [3]. При отдельных формах патологии, в частности у больных сахарным диабетом, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом стационаре, частота психических нарушений достигает 92,7%, при заболеваниях органов пищеварения у 89,7% больных [1].

Большое значение при психотерапии имеет коррекция неадекватного отношения к соматическому страданию, эффективность которой составляет важную часть эффективности терапии в целом.

Цель исследования. Цель настоящего исследования сводилась к анализу особенностей применения психотерапии в амбулаторных условиях для лечения больных с широким спектром невротических расстройств, клинической роли психотерапии в общей медицинской практике, оценке эффективности проводимых психотерапевтических мероприятий.

Задачи:

1. Главной задачей психотерапевтического кабинета является смягчение или ликвидация имеющейся симптоматики, помощь развитию личности путем снятия ограничений, запретов и комплексов. Основные усилия были направлены на помощь пациентам с депрессией, невротическими нарушениями, психосоматическими заболеваниями, личностными расстройствами.

2. Установление ориентиров составления индивидуальных психотерапевтических программ для пациентов разных клинических групп, критерии оценки эффективности работы кабинета, что более целесообразно является амбулаторная психотерапевтическая помощь в ЛПУ.

Практическая значимость работы. Большое значение приобретает также опыт работы психотерапевтического кабинета при ЛПУ для контингентов больных, обращающихся к психотерапевту, и сотрудничества с другими медицинскими службами, прежде всего с общей врачебной практикой и первичным звеном психиатрической службы. Хорошо организованный психотерапевтический кабинет, позволяет обслуживать наиболее тяжелые хронизированные формы невротических расстройств.

Материалы и методы исследования.

Клиническая психотерапия (в классическом ее понимании по М.Е. Бурно [4]) показана при всех клинических картинах. При клиническом подходе учитывались особенности личности соматических больных, их реагирование на заболевание, регистр нервно-психических нарушений, выраженность сомато-неврологического заболевания и его «вклад» в психические и поведенческие расстройства.

Данная работа придерживалась рекомендаций В.Я. Семке [5], который обращал внимание на то, что успех проводимых психотерапевтических мероприятий зависит от последовательного соблюдения ряда принципов: строгой индивидуализации каждого конкретного случая, комплексности, обязательного учета стадии и динамики, глубины и продолжительности нарушений, строгого учета возрастных факторов.

В течение нескольких лет наблюдались больные с нервно-психическими расстройствами. Все пациенты обращались к психотерапевтической помощи на разных этапах заболевания, как находящиеся на стационарном лечении, прошедшие курс лечения, так и больные, находящиеся на амбулаторном наблюдении, а также обратившиеся самостоятельно.

Было обследовано 30 пациентов с различными нервно-психическими заболеваниями. По давности заболевания они распределялись: до года - 10 (33%) больных, два года - 8 (27%), пять лет - 7 (23%), десять лет и более - 5 (17%) больных.

Максимальное количество пациентов было из возрастной группы от 51 до 60 лет - 13 (43%); от 41 до 50 лет - 9 (30%); от 31 до 40 лет - 8 (27%).

Структура психических расстройств в различные годы менялась мало. Наиболее часто встречались депрессивные расстройства (25%), тревожно-фобические расстройства (20%), соматоформные расстройства (18%), нервно-психические расстройства вследствие физической болезни (15%), ипохондрические расстройства (13%), органические психические расстройства (9%).

В клиническом взаимодействии психотерапевта и врача-интерниста была использована модель «взаимодействия - прикрепления» [6], где психотерапевт консультирует, наблюдает динамику изменения нервно-психических расстройств в процессе лечения, а при необходимости корректирует назначение психотропных препаратов.

Терапевтическая стратегия и тактика соматических пациентов с нервно-психическими расстройствами строилась в зависимости от соотношения и выраженности нервно-психических и соматических расстройств. Все больные были разделены на 4 группы.

Первую группу составили пациенты с соматическими заболеваниями, имеющие психические нарушения различной степени выраженности астенических и астено-депрессивных синдромов.

Вторая группа была представлена больными с соматическими заболеваниями, имеющими нервно-психические расстройства пограничного уровня невротических, тревожно-фобических синдромов.

В третью группу были отнесены пациенты с соматизированными (соматоформными) расстройствами. У этих больных даже при тщательном объективном обследовании не выявлялись органические нарушения. Данные расстройства формируются без участия соматической патологии в рамках образований невротического либо конституционального регистров [6].

Четвертая группа представлена психогенно спровоцированными соматическими заболеваниями (психосоматическими заболеваниями в традиционном, узком понимании термина А.Б. Смулевич [6]). Терапевтическая стратегия и тактика определялась в зависимости от группы.

Психотерапия при соматических заболеваниях была направлена на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяли эмоциональную стрессированность.

Основными принципами проведения психотерапии у соматических пациентов с пограничными психическими расстройствами являлись доступность (не только территориальная, но и организационная), этапность, комплексность, достаточность, индивидуальный подход, преемственность и интегративность.

Результаты исследования. В психотерапевтическом кабинете на базе соматической поликлиники в зависимости от задач и условий проведения оказывались следующие виды психотерапевтической помощи: рациональная психотерапия, групповая терапия, индивидуальная, гипносуггестивная психотерапия, семейная, трансактный анализ, гештальт терапия, аутогенная тренировка, телесно-ориентированная психотерапия, танцевально-двигательная психотерапия, нейро-лингвистическое программирование, обучение методам психической саморегуляции и другие.

При психотерапевтическом лечении пациентов с пограничными психическими расстройствами основной задачей было формирование качественного терапевтического альянса. Предлагаемые психотерапевтические методики были понятными и привлекательными для пациентов.

Рациональная психотерапия являлась обязательной и определяющей. Индивидуальная и групповая психотерапия были направлены на активизацию жизненной позиции, изменение стереотипа конфликтного поведения, соблюдение психогигиенического режима. Трансактный анализ – сегодня представляет собой один из классических вариантов современного психоанализа, это теория личности и системная психотерапия с целью развития и изменения личности [7]. Основной целью психотерапевтических воздействий являлось стимулирование скрытых резервных возможностей пациента и его психологических особенностей.

Аналізу подверглись результаты терапии пациентов в зависимости от вида используемых психотерапевтических программ. Пациенты были разделены на четыре группы в соответствии с используемыми программами. Первую группу составили 15(50%) пациентов, проходивших групповую психотерапию, во вторую вошли 9(30%) пациентов, проходивших индивидуальную психотерапию, и в третью – 6 (20%) пациента, проходивших гипносуггестивную психотерапию. В четвертой группе были пациенты, проходившие только психофармакотерапию. Контрольной группой выступили 30 пациентов, которые по каким-либо причинам отказались от консультации или лечения у психотерапевта.

По результатам анализа установлено, что использование психотерапевтических программ с применением индивидуальной психотерапии достоверно повышает эффективность терапии в целом у 89,0 % соматических пациентов с нервно-психическими расстройствами, при групповой – 76,1%, при групповой ГСПТ -69,4%, при фармакотерапии психотропными средствами – 52,4%.

Об эффективности проводимых лечебных мероприятий можно судить по наблюдениям над больными нервно-психическими расстройствами.

Были сравнены также между собой результаты лечения 30 больных, получавших только фармакотерапию и 30 больных получавших фармакотерапию в сочетании с психотерапией.

Следовательно:

1. У больных, получавших психотерапию, течение заболевания было более благоприятным – уменьша-

лись или полностью устранялись признаки психологической дезадаптации.

2. Уменьшалась интенсивность болевого синдрома, в среднем на 30% уменьшились клинические симптомы (наблюдение не менее 2-х лет).

3. Кроме того психотерапия уменьшала клинические проявления заболевания, потенцирует действия соматотропных средств.

4. Повышалась эффективность лечения основного заболевания, отмечалось восстановление психологического комфорта.

5. Психотерапия пограничных расстройств, осуществляемая одновременно с лечением общесоматических заболеваний повышает эффективность лечения соматических пациентов, существенно снижается стигматизация больных [2].

6. Проводимая психотерапия помогала пациентам мобилизовать внутренние резервы и ресурсы, восстанавливая нарушенные элементы системы отношений, которые участвуют в этиопатогенезе заболевания.

7. Уменьшала остроту переживания соматического заболевания;

8. Снимала невротические наслоения.

9. Уменьшала интенсивность клинических проявлений

10. Повышала социальную активность больных, их адаптацию в семье и обществе [8].

Выводы:

1). Таким образом, просматривается тенденция перемещения больных с пограничными психическими расстройствами из сферы психиатрической службы в общую медицину.

2). Психотерапевтический кабинет в условиях соматической поликлиники позволяет иметь дополнительные возможности для оказания комплексной помощи соматическим больным с нервно-психическими расстройствами.

3). Следовательно, включение тех или иных методов психотерапии в комплексное лечение различных соматических расстройств, в генезе которых играют роль эмоциональные факторы, имеет большое значение. Организация психотерапевтических кабинетов в условиях соматической поликлиники себя оправдывает, что диктует необходимость расширения сети таких кабинетов.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. (Руководство для врачей). - М.: Медицина, 1993. – 400 с.

2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2001 год. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – Издание Всемирной организации здравоохранения, 2001. – 215 с.

3. Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. - № 5. – С. 175–180.

4. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. - М.: Академический Проект, ОППЛ, 2000. - 719

5. Семке В.Я. Старые и новые проблемы психотерапии пограничных состояний // Вестник гипнологии и психотерапии. – 1992. - № 3. - С. 7-15.

6. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и соавт. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1999. – № 4. – С. 4–15.

7. Макаров, В. В. Избранные лекции по психотерапии. – 2-е изд. – М.: Академический Проект, 2000. – 432 с.

8. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 2000. – 752 с.

УДК 616.89-008.441.33-036.22+616-097

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ Г. СЕМЕЙ (2009 ГОД)

Г.Н. Турарова, Б.Э. Темирбекова, Л.Ю. Аймурзина

КГКП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», г. Семей

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ЕСІРТКІ ТҰТЫНУШЫЛАРЫ АРАСЫНДА АҚТҚ-ЖҰҚПАСЫНА ДОЗОРЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАДАҒАЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІ (2009 ж.)

Семей қаласының ИЕТ-ы қауіпті жыныстық қатынасқа түсіп осы топта инъекциялық есірткіні тұтынғанның қауіпті мінез-құлығын қабылдайды. Семей қаласының инъекциялық есірткі тұтынушылары арасында АҚТҚ-жұқпасының кейінгі таралуына алдын ала жағдайы бар, осыған қарай осы топтың арасында алдын алу шараларын күшейту керек.

Summary

THE RESULTS OF PATROL EPIDIMICAL SUPERVISION FOR HIV AMONG CONSUMERS OF INJECTIONAL DRUGS IN SEMEI (2009 YEAR)

The consumers of injectional drugs practice a risk sexual behavior and the behavior connecting with injectional drugs of representatives of the giving group of risk. There are all predictions for there further distribution of HIV among consumers of injectional drugs in Semey in this connection strengthening of preventive interventions is necessary.

Потребители инъекционных наркотиков остаются наиболее уязвимой группой в отношении заражения и распространения ВИЧ-инфекции. В настоящее время Казахстан, как и многие другие страны, переживает эпидемию наркомании и других видов зависимости от психоактивных веществ.

В городе Семей на 01.01.10г. по данным городского наркологического диспансера состоит на учете 595 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). В числе ПИН 91,1% составляют мужчины и 8,9%-женщины, детей до 14 лет нет. Преимущественным путем инфицирования остается парентеральный путь при совместном употреблении инъекционных наркотиков: из 174 ВИЧ-инфицированных, выявленных по городу на 01.05.2010 года, при употреблении наркотиков заразилось 138 ПИН-Нов (79,3%).

Чтобы планировать мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей, надо хорошо представлять себе этих людей, знать какие опасные практики употребления наркотиков они применяют, как широко среди них распространено рискованное сексуальное поведение и т.д. С этой целью с 2006 года в нашем городе ежегодно проводится дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) среди уязвимых групп населения.

Целью ДЭН среди ПИН является изучение распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса, факторов рискованного поведения осужденных для разработки и внедрения эффективных профилактических программ и оценки их результативности.

Материалы и методы исследований: В ходе исследования был применен метод связанного тестирования. Основным методом сбора информации было анкетирование ПИН по специально разработанной анкете, параллельно у них взята «сухая капля крови» для исследования на ВИЧ, гепатит «ВГС» и сифилис.

В нашем исследовании на добровольной анонимной основе участвовали 240 ПИН-Нов. Выборочная совокупность представлена респондентами от 20 до 58 лет (средний возраст ПИН – 32 года).

Результаты и их обсуждение. Большинство опрошенных ПИН – 82,5 % имеют среднее и среднее специальное образование. Мужчины составили 85,4%, женщины –14,6%. Признались, что не состояли в браке или развелись 60% ПИН-Нов. Об отсутствии какого-либо за-

работка сообщили 57,1% ПИН-Нов. Таким образом, среднестатистический наркопотребитель города – это молодой мужчина возраста ближе к 32 годам, имеющий среднее образование, не состоящий в браке, с низким уровнем дохода.

Наиболее часто встречаемый стаж употребления инъекционных наркотиков – 5 лет. Наиболее популярным и востребованным наркотиком в городе остается героин (98,8% опрошенных).

При употреблении наркотиков среди наших ПИН-Нов распространены опасные, в плане заражения ВИЧ, практики. Так, в использовании чужого шприца при последней инъекции признались 2,1% респондентов, набирали раствор наркотика из общей посуды –42,1%, пускали шприц по кругу- 1,2%, добавляли кровь в наркотик – 0,7% и т.д. Всего же, хотя бы одну опасную практику введения наркотиков в течение последнего месяца – имели 201 из 240 (83,7%) ПИН.

Немаловажное значение при изучении популяции ПИН-Нов города имеют особенности их сексуального поведения. Средний возраст начала половой жизни у ПИН-Нов – 16 лет, что на 2-3 года позже остальной популяции населения. В среднем за последние 6 месяцев ПИН-Нов города имели 4 половых партнеров каждый. Имели сексуальные отношения с непостоянными и коммерческими партнерами (секс-работницами) в течение последних 6 месяцев – 55,3% ПИН города. Всего же, практикуют безопасное сексуальное поведение (использование презерватива со всеми половыми партнерами) и употребление наркотиков только своим шприцем 20,5% ПИН-Нов города. При этом, 1 из 7 ПИН-Нов признались в наличии у себя признаков инфекций, передающихся половым путем.

Возрос уровень знаний о ВИЧ/СПИДе: число ПИН-Нов города правильно указавших меры профилактики ВИЧ и в то же время правильно назвавших неверные представления о путях передачи ВИЧ увеличилось с 54% в 2008 году до 72% в 2009 году. Важным моментом в профилактике ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей является добровольное получение ими информации о своем ВИЧ-статусе: только 52,1% ПИН города за последний год обследовались на ВИЧ. Распространенность ВИЧ среди ПИН-Нов г.Семей составила – 1,3%, распространенность гепатита «С» - 85,0%, распространенность сифилиса – 15,8%. Причем, распространен-

ность сифилиса среди женщин-ПИНов в 2 раза выше, чем среди ПИНов-мужчин. Это объясняется тем, что большинство ПИНов-женщин для покупки наркотика занимают проституцией и соответственно риск заразиться ВИЧ имеют гораздо более высокий, чем мужчины.

Выводы:

1. Потребители наркотиков остаются наиболее уязвимой группой в отношении заражения и распространения ВИЧ-инфекции.
2. Основным путем инфицирования по г. Семей по-прежнему остается парентеральный путь передачи ВИЧ при совместном употреблении инъекционных наркотиков.
3. При достаточно высоком уровне знаний о путях и факторах передачи ВИЧ потребители наркотиков широко практикуют рискованное инъекционное и сексуальное поведение.
4. Имеются все предпосылки для дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков г. Семей, в связи с чем, необходимо усилить превентивных вмешательств в данной группе.
5. Возрастает необходимость продолжения профилактической работы по ВИЧ/СПИД среди уязвимых групп населения в рамках Программ снижения вреда от употребления наркотиков.

6. Проблема ВИЧ/СПИД является не только медицинской проблемой. Для существенного влияния на мотивации и поведение людей необходима консолидация как правительственных, так и неправительственных секторов.

Литература:

1. Проблемные вопросы ВИЧ/СПИД для стран Восточной Европы и Центральной Азии. Онищенко Г.Г. Вестник РАМН, г. Москва, 2008.
2. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях. С.А. Амиреев, Т.А. Муминов, К.С. Оспанов. г. Алматы, 2008.
3. Руководство по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ: следующее десятилетие. ВОЗ, ЮНЕЙДС, 2000.
4. Серологический и поведенческий надзор за распространением ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан. Методические рекомендации. Астана, 2001.
5. Руководство «Снижение вреда среди потребителей инъекционных наркотиков при работе пунктов доверия». Федорова Н.А., Рязанова Г.Л., Елизарьева А.В. г. Алматы, 2006.

УДК 616-002.5.616.97

РОЛЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

А.Н. Жапарбеков

КГКП «Паводарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом», г. Павлодар

В работе выявлена зависимость развития туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии (АРТ) на фоне антиретровирусной терапии туберкулез у ВИЧ-инфицированных развился в 2% случаях среди лиц, получающих АРТ, тогда как среди лиц без АРТ – 26,4%.

Тұжырым

АИТВ-ЖҰҚПАСЫ БАР ТҰЛҒАЛАРДА ТҮБІРКҮЛЕЗДІҢ АЛДЫН АЛУДАҒЫ РЕТРОВИРУСКЕ ҚАРСЫ ТЕРАПИЯНЫҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Жұмыс барысында ретровируске қарсы терапия (РВҚТ) көрінісінде АИТВ-жұқпасымен ауратын науқастарда түбіркүлездің даму тәуелділігі анықталды. Ретровируске қарсы терапия көрінісінде АИТВ-жұқпасы бар тұлғаларда түбіркүлез РВҚТ алып жатқан тұлғалар арасында 2% жағдайда, ал РВҚТ қабылдамаған тұлғалар арасында 26,4% дамыды.

Summary

THE ROLE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY IN THE PREVENTION OF TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PATIENTS

We found the dependence of TB patients with HIV-infection in the background antiretroviral therapy. Against the background of antiretroviral therapy tuberculosis in HIV-infected people has evolved into 2% of cases among people receiving antiretroviral therapy, where as among those without antiretroviral therapy, 26.4%.

Туберкулез - серьезное заболевание, как правило, поражающее легкие, которое может угрожать жизни, если не начать своевременное и правильно подобранное лечение. В мире туберкулез является одним из самых распространенных инфекционных заболеваний. Ежегодно 2 миллиарда людей инфицируются микобактериями туберкулеза, также каждый год 3 миллиона людей умирают от туберкулеза. В промышленных странах туберкулез стал редкостью много лет назад, однако уровень его распространения до сих пор высок в определенных группах населения - в первую очередь заключенных и социальных групп, живущих в плохих

условиях. Люди с ВИЧ, особенно со сниженным иммунным статусом, наиболее подвержены туберкулезу. В мире туберкулез является самой опасной оппортунистической инфекцией на стадии СПИДа. Одновременное присутствие этих инфекций может осложнить течение каждой из них [1-4].

Целью данного сообщения является анализ влияния анитиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных на развитие туберкулеза.

На 01.01.2012 г. в Павлодарской области всего зарегистрировано 429 случаев сочетанной инфекции ВИЧ и туберкулез, из них 333 мужчины и 96 женщин. Доля

ВИЧ-позитивных с сочетанной инфекцией составила 24,3%. ВИЧ и туберкулез активно взаимодействуют друг с другом. И та, и другая инфекция влияет на иммунную систему, изменяя развитие другого заболевания. Как результат, ВИЧ влияет на симптомы и развитие туберкулеза и у людей с ВИЧ, особенно при иммунном статусе ниже 200 клеток/мл, туберкулез часто переходит во внелегочную форму. Нарастающим итогом в области выявлено 189 случаев внелегочного туберкулеза, что составило 44,1% от общего числа зарегистрированных случаев двойной инфекции. Проведен анализ частоты выявления различных форм туберкулеза у людей с ВИЧ-инфекцией в зависимости от стадии последней. Так, при инфицировании на ранних стадиях ВИЧ-

инфекции, преобладали инфильтративные и очаговые формы туберкулеза, на поздних – диссеминированный и генерализованный туберкулез (рисунок).

При уровне CD4 более 500 клеток в 1 мкл частота регистрации туберкулезного процесса составила 13,9%, среди пациентов с умеренной иммуносупрессией туберкулез зарегистрирован в 30,6% случаев, при выраженной иммуносупрессии (CD4 менее 200 клеток в 1 мкл) - в 55,5% случаев. Тяжесть проявления туберкулезного процесса прямо пропорциональна степени угнетения иммунитета. Так, диссеминация и генерализация туберкулезного процесса зарегистрирована у 36,1% ВИЧ-позитивных на фоне снижения CD4 менее 100 клеток в 1 мкл.

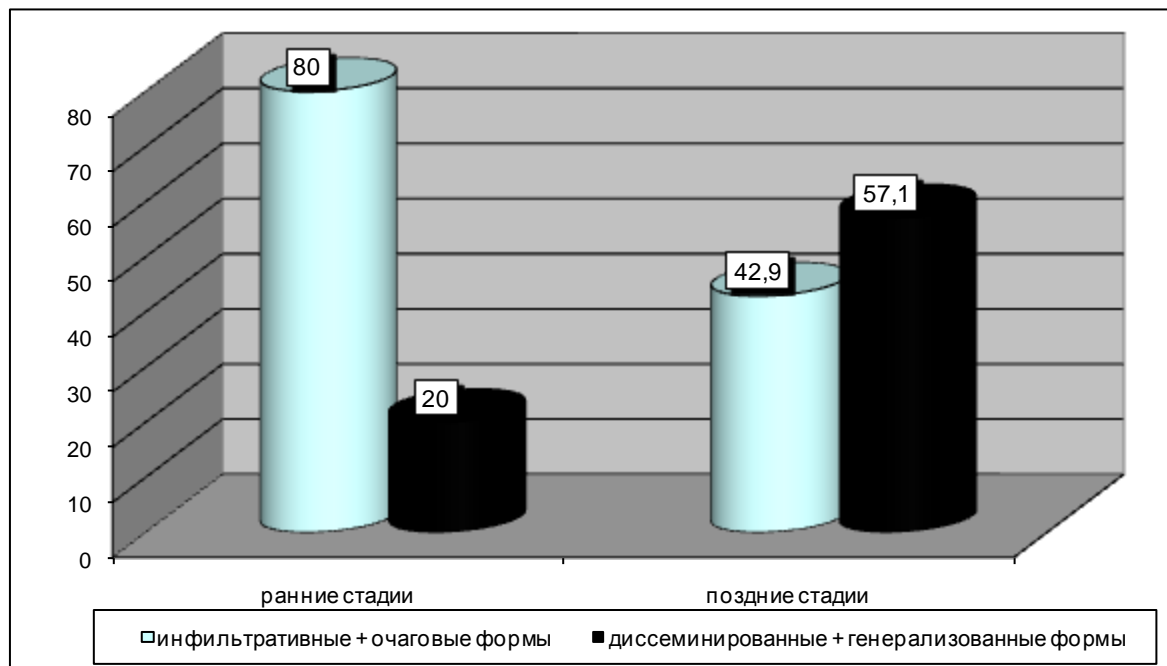


Рисунок – Частота регистрации различных форм туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от стадии (%).

Внедрение в клиническую практику антиретровирусной терапии (АРТ) позволило снизить риск прогрессирования ВИЧ-инфекции и летальность, однако проведение противотуберкулезной терапии на фоне приема антиретровирусных препаратов сопровождается высоким риском возникновения лекарственных взаимодействий и развития токсических и парадоксальных реакций. Хотя антиретровирусная терапия против ВИЧ является главным средством профилактики туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных, даже при доступности лечения ВИЧ-инфекции более высокий риск развития туберкулеза все равно сохраняется. Тем не менее, антиретровирусная терапия помогает иммунной системе восстановиться, и предотвращает туберкулез в большинстве случаев. Так, из 429 зарегистрированных случаев ко-инфекции, на фоне антиретровирусной терапии туберкулез развился только в 3 случаях при наличии прямого контакта ВИЧ-инфицированного с больным туберкулезом членом семьи, что составило 2% от числа получающих АРТ. Доля заболевших туберкулезом сре-

ди ВИЧ-позитивных, не получающих АРТ, составила 26,4%.

Таким образом, установлено, что у ВИЧ-инфицированных на фоне АРТ, риск развития туберкулезной инфекции снижается более, чем в 13 раз.

Литература:

1. Корбетт Е.Л. Растущее бремя туберкулеза: глобальные тенденции и взаимосвязь с эпидемией ВИЧ // Archives of Internal Medicine. - 2003. – Vol. 163. - P. 1009-1021.
2. Бартлетт Джон. Карманный справочник. Лечение ВИЧ-инфекции и СПИДа у взрослых. - М.: КУДИЦ-ПРЕСС, 2006. – 102 с.
3. Трумова Ж.З., Ахметова Г.К., Каретникова Т.Ф., Чакликов Т.Е. Лечение ВИЧ-инфекции // Методическое пособие. - Алматы, 2002. - 80 с.
4. Змушко Е.И., Белозёров Е.С. ВИЧ-инфекция. - СПб.: Питер, 2000. - 320 с.

УДК 616.53-002.25

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОНГЛОБАТНЫХ УГРЕЙ

А.К. Ахметова

Государственный медицинский университет города Семей**Резюме**

Вульгарные угри (акне) - заболевание волосяных фолликул и сальных желез. Конглобатные угри – тяжелая форма акне. В статье приводится наблюдение больного с конглобатными угрями. Метод лечения – Ронколейкин.

Тұжырым**КОНГЛОБАТТЫҚ БЕЗЕУЛЕРДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРЫ**

Вульгарлық безеулер (акне) – шаш фолликулаларының және тер шығару бездерінің ауруы. Конглобаттық безеулер – акненің ауыр түрі. Мақалада конглобаттық безеулермен науқас жөнінде бақылау көрсетілген. Емдеу әдісі – Ронколейкин.

Summary**CLINICAL CASE OF CONGLOBATED ACNE**

Acne is disease of hair follicles and fat glands. Conglobated acnes is severe form of acne. Clinical case of patient with conglobated described in article. Patient is treated by Roncoleukin.

Вульгарные угри (акне) - самое распространенное заболевание кожи, поражающее до 85% лиц в возрасте от 12 до 25 лет и 11% лиц старше 25 лет [1-2]. Акне представляет собой заболевание волосяных фолликул и сальных желез. Конглобатные угри – тяжелая форма акне, характеризующаяся возникновением помимо комедонов и атером, крупных полушаровидных узлов, располагающихся глубоко в дерме и гиподерме, размером от горошины до вишни. Несмотря на широкую распространенность данной патологии, до настоящего времени нет эффективных методов лечения, позволяющих избежать рецидивов. Одним из препаратов иммунокорректирующего действия по нашему мнению является ронколейкин.

Приводим наше наблюдение: больной М., 40 лет, житель с. Бородулиха Семипалатинской области, сельхозработник, обратился на консультацию к дерматологу 14.11.09 г. с жалобами на постоянно появляющиеся гнойничковые высыпания по всему телу, грубые рубцы в местах их заживления.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 22-х лет, когда появились болезненные узловатые высыпания в шейной и подмышечных областях. При обращении к дерматологу по месту жительства был направлен на обследование в город Москву (ЦКВИ) с диагнозом туберкулез кожи, где было проведено обследование и пробное противотуберкулезное лечение, без эффекта. Отмечает повторное появление высыпаний в течение короткого времени. Аналогичное обследование и лечение проведено в КазНИКВИ города Алматы (2004г.) На протяжении почти 20 лет занимался самолечением; ежегодно принимал антибиотики (пенициллин, тетрациклин), после которых отмечал временное улучшение состояния. Для наружного лечения использовал средства народной медицины.

В последние месяцы состояние значительно ухудшилось, обратился к районному дерматологу, который направил на обследование в противотуберкулезный диспансер. Диагноз туберкулеза кожи исключен, и пациент направлен на консультацию к дерматологу в ГКВД. В анамнезе также отмечает частые простудные заболевания, ангины.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Патологический процесс распространен по всему кожному покрову, от ушных раковин и шеи до бедер, включая подмышечные впадины. Представлен множественными комедонами, пустулами, из которых вытекает желто-зеленый густой гной, а также абсцедирующими, слившимися в конгломераты, местами вскрывшимися гнойниками. Отмечаются многочисленные рубцы от красновато-коричневого до белого цвета, некоторые приподнятые над поверхностью кожи, очень плотные.

Видна выраженная деформация ушных раковин, особенно справа, вследствие наличия рубцов. В подмышечных впадинах грубые стягивающие рубцы, затрудняющие движение. В области живота и ягодиц открытые и закрытые комедоны, нагроможденные абсцедированные гнойники, келоидные и атрофические рубцы.

Слизистые оболочки глаз без особенностей: чистые, розовые. В полости рта слизистая ярко-красного цвета с беловатым налетом, особенно четко выраженным на языке. Красная кайма губ воспалена, сухая, гиперимированная.

При лабораторном обследовании: в ОАК Гб 135 г/л, ЦП 0,9, эр. $4,04 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $8,9 \times 10^9/л$, с/я 72% эоз. 6%, мон. 2%, СОЭ - 22 мм/ч. В б/х анализе общий белок 78г/л, альбумины - 67,3%, глобулины $\alpha 1$ - 5,8%, $\alpha 2$ - 3,8%, β - 7,7%, γ - 15,4%, тимоловая проба 3,2ед., билирубин 11,2мкмоль/л, креатинин 7г/л; АЛТ 0,1 мкмоль/л. Анализы крови на RW и ВИЧ-инфекцию – отрицательные. Кровь на иммунный статус Т-л 1992; Т-чув. 48/956; Т-рез. 20/398; Т-индекс 0,71; В-л 15/298; Ауто-РОК - 4/79; фагоциты 56; ФЧ 2,2; ЦИК - 1,45; гетерогенные а/т 1:16; IgA - 330; IgM -148; IgG - 1400. Кровь на сахар 4,0 ммоль/л. ОАМ - удельный вес -1016, белка нет, лейкоцитов - 2-5, эпителиальных клеток - 5-8 в поле зрения, оксалаты. Анализ на грибы рода *Candida alb.* – отр. В посеве №6 - рост *Candida alb.* с языка. Кал на я/г – отр. Копрограмма - консистенция пастообразная, оформленный. Микроскопически: мышечные волокна переваренные 3-4, непереваренные - единицы. Растительная клетчатка непереваренных волокон 10-12, переваренных 1-2. Цитологическое исследование – пунктат из подмышечных впадин: эритроциты, единичные клетки плоского эпителия.

После проведения обследований был выставлен диагноз: Конглобатные угри. Генерализованные келоидные рубцы после перенесенного гидраденита и конглобатных угрей.

Проведено лечение: 1. Офромакс по схеме; 2. Антистафилококковый иммуноглобулин №3; 3. Лидаза 64 ЕД внутримышечно №10; 4. Поливитамины с минералами; 5. Ронколейкин по 500 000 ЕД №5. Наружно: обработка спиртовыми растворами анилиновых красителей, применение чистого ихтиола, мазей с антибиотиками.

После проведенного лечения состояние значительно улучшилось.

Литература:

1. Адаскевич В.П. Акне и розацеа. – Санкт-Петербург: Изд-во «Ольга», 2000. – 132с.
2. Адаскевич В.П., Катина М.А. Акне (вульгарные угри): клиника, диагностика, лечение. Практическое пособие для врачей.- Минск, 2002.-22с.

УДК 618.531+616.831-005.1-053.2

АКТУАЛЬНОСТЬ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА - КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

А.К. Мукашева

Детская областная больница. г. Павлодар

Тужырым

ЖАС ШАМАСЫНЫҢ БАЛАЛАРЫНДАҒЫ СУМИДЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ - ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРЛЫҚ ҚАН ҚҰЙЫЛУЛАРЫ САЛДАРЫ

ЦНС-тың ауыр гипоксиялық ұтылуын жағдай, кешірек қалыпқа келтіру кезеңі суреттеледі. Қанаудан кейін ішкі асимметриялық суми. Бала ми салы бойынша жылдам үдейтін ағым қорқытылатын.

Summary

THE RELEVANCE OF HYDROCEPHALY AT YOUNG CHILDREN-AS A CONSEQUENCE OF PERIVENTRICULAR HAEMORRHAGE

The case of severe hypoxic injury of CNS, later recovery period described. Posthaemorrhagic internal asymmetrical hydrocephaly. Progressive duration threatened by child cerebral paralysis.

Гидроцефалия - полиэтиологическое заболевание, при котором увеличивается объем циркулирующей спинномозговой жидкости и ликворосодержащих пространств черепа. К гидроцефалии, как к болезни следуютности активную форму, когда нарушается баланс между секрецией и всасыванием ликвора и в результате развивается внутричерепная гипертензия и вторичная атрофия головного мозга. Гидроцефалия может быть врожденной и приобретенной. Основные причины врожденной гидроцефалии - различные аномалии строения ликворных коммуникации, внутриутробные инфекции, внутричерепные родовые травмы. Большую роль в возникновении врожденной гидроцефалии играют трансплацентарные инфекции и инвазии, особенно токсоплазмоз, цитомегалия, сифилис, листериоз. Наиболее частой причиной приобретенной гидроцефалии являются менингиты с затяжным течением, вентрикулиты и опухоль головного мозга, черепно-мозговые травмы. Перивентрикулярные кровоизлияния которые наблюдаются у новорожденных дают специфическое осложнения - постгеморрагическую гидроцефалию. Различают 2 причины ее возникновения. Одна из них - частичная или полная блокада сгустками крови путей ликворооттока, что приводит к повышению сопротивления отток ликвора или прекращению его с расширением всех отделов желудочков мозга, расположенных выше уровня блокады (окклюзионная гидроцефалия), для которой характерна медикаментозная резистентность, требующая проведения хирургических манипуляции (вентрикулярных пункции, наружного вентрикулярного дренирования, установки подкожных резервуаров)

Другая причина переходящих или стойких изменении арахноидальных ворсин, являющихся основным элементом системы ликворной резорбции, при этом возникает сообщающаяся тетравентрикулярная гидроцефалия. Чем тяжелее перивентрикулярное кровоизлияние, тем чаще и более выраженной бывает постгеморрагическая гидроцефалия. У многих детей в резидуальном периоде ПВК обнаруживается значительная асимметрия боковых желудочков, что может быть проявлением церебральной атрофии.

Пример: В наше отделение поступил ребенок: Д. - 7 мес.

Клинический диагноз: ЗПМР. Тяжелое гипоксическое поражение ЦНС поздний восстановительный п/д. Постгеморрагическая внутренняя асимметричная гидроцефалия. Прогрессирующее течение. Порэнцефалическая киста в правой теменно-затылочной области, Субарахноидальная киста ЗЧЯ. с/м ВСД.

Спастический тетрапарез. Угрожаем по Детскому церебральному параличу ЖДА 1ст.

Жалобы на периодическое срыгивание, снижение аппетита, не переворачивается, не сидит.

Из анамнеза: от 1 беременности на фоне угрозы прерывания, обострения хронического пиелонефрита, 1 срочных родов на фоне преэклампсия тяжелой степени. Путем кесарево сечение вес - 1946,0 по шкале Апгар 7-8б, в связи с ухудшением состояния в виде дыхательных нарушении ч/з 50 минут поступает в ОРИТ - где находился 9 суток на ИВЛ с д/з Тяжелое гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, ПВ - 4 с внутримозговой гематомой теменной - затылочной области справа Постгеморрагическая гидроцефалия, врожденная пневмония, затем переводится в ОПН на 9 сутки, на КТ головного мозга - признаки в/мозговой гематомы теменно-затылочной области правой гемисферы большого мозга с прорывом в задний рог правого желудочка. Субдарахноидальное кровоизлияние, смешанная гидроцефалия с преобладанием внутренней. Консультирована нейрохирургом, рекомендовано консервативное лечение. В оперативном лечении в настоящее время не нуждается. После выписки из ОПН ребенок 3 раза находился на стационарном лечении в неврологическом отделении, последняя госпитализация 11.07.11.

Объективно: Состояние тяжелое за счет поражения ЦНС. Вес-6,0, рост 63 см. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Находится на грудном вскармливании. В легких везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 120 ЧДД 44 Т 36,4 живот мягкий, б/б. Печень не увеличена. Стул и диурез в норме.

Неврологический статус: Голова правильной формы. Окружность головы 39см Бр 1+2 см. Глазных с/м нет. Лицо симметричное, язык по центру спастичен, мышечный тонус спастичен в руках и ногах. Сухожильные рефлексы оживлен. Р опоры ослаблен. Пирамидные знаки + с обеих сторон. Зрительное слежение слабое, взгляд фиксирует плохо слуховая доминанта слабо положительная. Голову пытается держать, не переворачивается, не сидит, плохо гулит.

ОАК от 12 07 11 L 4 *10x 9Hb107HtЭр.4.08*10x12 Тр316. э5 с 28 л 52 м 7 л58 э 1 соз 2. ОАМ от 120711 у.в. белок отр Л 1-2 в п/зр. эпит.в большом кол-ве в п/зр.Б/Хот12 0711: глюкоза крови 4.4 АЛАТ 0.18 АСАТ0.17 общий билирубин 14.4 пр. 1.1 Мочевина 2.4 общий белок 68 кальция - 2.42 калии - 5.65. натрий-134.1 ТТг 2.25. Кал на яг от 12 07 11 отр. НСГ от 15 07 1 - межполушарная щель 3мм, глубина боковых желудочков

справа - 22мм, слева 17мм, 3 желудок - 2мм. постгеморрагическая гидроцефалия за счет дилатации боковых желудков преимущественно справа. Порэнцефалическая киста справа с прорывом в правый боковой желудок. От 28 06 11 кровь на РВ отр.

тОртопед - Нейрогенная кривошея. Глазное дно - ДЗН бледно - розовый, контуры четкие, небольшое расширение вен, Сетчатка разряжена. Фон глазного дна розовый. КТ головного мозга в динамике Постгеморрагическая внутренняя асимметричная гидроцефалия. прогрессирующее течение. Порэнцефалическая киста в правой теменно - затылочной области. Субарахноидальная киста ЗЧЯ.

Лечение: кортексин по 5 мг – 10 дней, энцефабол по 2.0 - 1р вд, общий массаж 10 дней, эффорез с 0.5 % эуфиллином, папаверином. ЛФК, диакарб по 1/4 - 1р вд +++-- 3 Аспаркам 0.5 по 1/4 – 2р вд +++--3. Церебролизин по 0.6 в/м 5дней, В12 - 120 мг в/м 10 дней, занятие с логопедом. Ребенок выписан с небольшим улучшением в неврологическом статусе.

Заключение: Необходимо доклиническое выявление геморрагии последующее выполнение лечебно - профилактической программы, исключающие все факторы. Наиболее перспективный путь лечения тяжелой ПВК и гидроцефалии - их профилактика. Это важнейшая медико - социальная задача в системе мероприятия - обследование не только беременной женщины и адекватное ведение к родам но и всех женщин репродуктивного возраста. Необходимо УС-скрининг проводимый в первые дни жизни новорожденных.

Литература:

1. «Руководство по детской неврологии», под редакцией В.И.Гузевой, г. Санкт-Петербург, ФОЛИАНТ 2004г.
2. «Неврология новорожденных», А.Ю.Ратнер, г. Москва, БИНОМ Лаборатория знаний - 2008.;
3. «Детская психоневрология» Л.А. Булахова – 2001г.

УДК 616.151.514+616.33-002.44

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

О.А. Ким, С.М. Муратова

Областная детская больница, г.Павлодар

АСҚАЗАННЫҢ ОЙЫҚ ЖАРАСА БАР НАУҚАСТАН ҚАН АҚҚЫШТЫҚ АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

THE CASE OF DIAGNOSIS OF HEMOPHILIA IN A PATIENT WITH GASTRIC ULCER

Предлагаем следующее клиническое наблюдение. Больной находился на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка, осложненной хронической постгеморрагической анемией. В процессе обследования была выявлена гемофилия А средней тяжести.

Больной А., 14 лет, поступил в соматическое отделение областной детской больницы (ОДБ) г. Павлодара в июне 2010 г. с жалобами на сильную слабость, рвоту с примесью крови, боли в животе.

Anamnesis morbi. В феврале 2010 г. пациент поступал в хирургическое отделение ОДБ. Больному был поставлен диагноз «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная желудочно-кишечным кровотечением, постгеморрагической анемией». Дебют заболевания сопровождался рвотой типа «кофейная гуща» и меленой. Проводили противоязвенную, противоязвенную терапию. Болезнь была переведена в рубцовую стадию. При поступлении в хирургический стационар в общем анализе крови уровень гемоглобина составил 72 г/л, эритроцитов – $2,07 \pm 10^{12}/л$, при выписке уровень гемоглобина был равен 92г/л, эритроцитов – $2,9 \pm 10^{12}/л$. Позднее по поводу данного заболевания больной не обследовался, никакого лечения не получал. В начале июня 2010 г. больной отметил черное окрашивание стула. Отмечал периодические ночные боли в эпигастриальной области, в дневное время тошноту. Обратился за медицинской помощью к гастроэнтерологу, проводилась противоязвенная терапия, без особого эффекта, желудочное кровотечение продолжалось. Постепенно увеличивались слабость, уменьшилась толерантность к физической нагрузке, беспокоили боли в эпигастрии. В связи с отсутствием улучшения 16 июня 2010 г. был госпитализирован.

Anamnesis vitae. Родился от первой беременности, первых родов. Масса тела при рождении 3240 г. Закричал сразу, грудь взял сразу, пуповина отпала на 5-е сутки. Период новорожденности проходил без патологии. Наследственность больного отягощена: дед по материнской линии страдал повышенной кровоточивостью (не обследован). У пациента отмечаются частые носовые длительные кровотечения. В возрасте одного года (июль 1987 г.) у больного было отмечено кровотечение из ткани языка после травмы детской игрушкой, продолжавшееся 2 сут.

Состояние при поступлении средней тяжести. Кожа бледно-розовая, тургор сохранен, видимые слизистые умеренной влажности, бледно-розовые, язык обложен белым налетом. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Амплитуда движений в суставах не изменена, движения безболезненны. Грудная клетка правильной формы, симметрична, равномерно участвует в акте дыхания, безболезненна при пальпации. Частота дыхания – 16 в минуту. Перкуторный звук над всей поверхностью легочный, границы легких не изменены. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, верхушечный толчок в V межреберье по срединно-ключичной линии, нормальной силы и площади. Границы относительной тупости сердца перкуторно в пределах нормы. Тоны сердца ритмичны, ясные, ЧСС – 92 уд/мин, артериальное давление (АД) 115/70 мм рт. ст. Аппетит несколько снижен. Живот обычной формы, плоский, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии; печень нормального размера, по краю реберной дуги. Область желчного пузыря при пальпации безболезненна. Симптомы Ортнера, Мюсси отрица-

тельные. Селезенка не пальпируется, пальпация безболезненна. Область почек визуально не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание в норме. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная. Кал оформленный, обычной окраски, без включений крови.

На электрокардиограмме (ЭКГ): ритм синусовый с ЧСС 96 уд/мин, нормальное положение оси сердца, признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса.

Данные дополнительных методов обследования: Общий анализ крови: гемоглобин – 84 г/л, эритроциты – $2,96 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель (ЦП) – 0,57, гематокрит – 0,23, лейкоциты – $4,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 325×10^9 /л, лейкоцитарная формула: п-2, с-62, э-2, л-31, м-3; СОЭ – 14 мм/ч. Средний объем эритроцита – 63 fl, средняя концентрация гемоглобина в эритроците – 19,0 pg. Анизозитоз «+++», пойкилоцитоз «+++», полихроматофилия. Общий анализ мочи: цвет соломенный, прозрачность неполная, относительная плотность – 1010; реакция нейтральная, белок – реакция отрицательная, глюкоза – реакция отрицательная, кетоновые тела – реакция отрицательная, эпителий – единичный в поле зрения, лейкоциты – 0–1 в поле зрения. Биохимия крови: общий белок – 70,6 г/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, железо – 7,0 мкмоль/л, АЛТ – 0,34 мм/л, АСТ – 0,22 мм/л. АнтиHCV, HBsAg – отрицательно. Уровень VIII фактора – 2,0, ингибитор отрицательный. Эзофагогастродуоденоскопия: язва желудка с признаками кровотечения (глубина язвы – 0,3 см, края ровные, дно умеренно кровоточит). УЗИ органов брюшной полости: патологии нет.

Диагноз: 1. Основной. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. 2. Осложнение - желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая гипохромная анемия. 3. Сопутствующий. Гемофилия А средней степени тяжести.

Лечение: 1) внутривенное введение концентрата VIII фактора из расчета 30 ед/кг/сутки; 2) противоязвенная терапия (де-нол, альмагель, класан, амоксициллин); 3) противоанемическая терапия препаратами железа (актиферрин).

На фоне лечения состояние больного стабилизировалось, улучшилось самочувствие. Уменьшилась бледность кожного покрова и слизистых оболочек. На повторной ЭГДС от 26.02.07 г.; признаки рубцевания язвы, признаков продолжающегося кровотечения нет. После начала терапии препаратами железа отмечено повышение в крови количества ретикулоцитов до 18%. При выписке состояние удовлетворительное, жалоб нет. Кожа нормальной окраски. Живот мягкий безболезненный. На ЭКГ без отрицательной динамики. В общем анализе крови гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $3,99 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,58, лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 242×10^9 /л, лейкоцитарная формула: п-1, с-62, э-1, л-31, м-5; СОЭ – 6 мм/ч. Средний объем эритроцита – 72,4 fl, средняя концентрация гемоглобина в эритроците – 20,5 pg. Больной выписан под наблюдение гематолога и гастроэнтеролога с рекомендацией соблюдения диеты, приема препаратов железа.

Литература:

1. Анемии у детей: диагностика и лечение / Практическое пособие для врачей под редакцией Румянцева А.Г., Токарева Ю.Н. - М.: МАКС Пресс, 2000. – 917 с. Момот А.П. Патология гемостаза. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. — СПб.: Формат, 2006. — 208 с.
2. «Диагностика и лечение гемофилии у детей» методические рекомендации // научный центр педиатрии и детской хирургии // Казахстан; Алматы: 2007
3. Шабалов Н.П. Детские болезни 2002 год, том 1: с. 600-615.

УДК 616.633.455.623+616.895.1

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА С ТЯЖЕЛЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ

Б.С. Саматова

КГКП «Областная детская больница», г. Павлодар

Тужырым

АУЫР ЖАБЫҒУ СИНДРОМЫ БАР СУСАМЫРДЫҢ ТІРКЕСІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

Бапта меншікті бақылаудан жағдай елестеткен. Осы жағдайдың ерекшелігі гипогликемичес күйлерін маскамен сусамыр жасырынған жабығу синдромының дифференциалды диагностикасын қиындық болып табылады.

Summary

DIABETES CASE THE COMBINATION WITH MAJOR DEPRESSIVE SYNDROME

The article presents a case of self-observation. feature of this case is the difficulty in differential diagnosis of a depressive syndrome, hiding under the mask hypoglycemic state in diabetes mellitus.

Гипогликемия наиболее частое острое осложнение сахарного диабета тип 1. Причины гипогликемических состояний при проведении интенсифицированной инсулинотерапии разнообразны: это случайная или намеренная передозировка инсулина, тяжелые физические нагрузки, несбалансированное питание, жировой гепатоз. В практике врача-эндокринолога встречаются случаи невыясненных частых гипогликемических состояний на фоне инсулинотерапии сахарного диабета. Иногда симптомами гипогликемического состояния может сопровождаться тяжелый депрессивный синдром.

Приводим случай из собственного наблюдения.

Подросток С. 17 лет в течение последних 2-х лет неоднократно поступает в областную детскую больницу с жалобами на слабость, головные боли, частые судорожные приступы, чувство нехватки воздуха, неустойчивые уровни сахара в крови. Последняя госпитализация 30.10.10г.

Из анамнеза заболевания: Сахарный диабет тип 1 с 2006г. Контроль за диабетом хороший, но из-за частых гипогликемических состояний диету не удается соблюдать. Ежегодно находится на стационарном лечении в ОДБ. В течение 2-х лет (с 2007г) отмечаются частые гипогликемические состояния. В январе-феврале 2009г

находился на стац. лечении в соматическом отделении ОДБ, получил курс гепато- и ангиопротекторов, обследование у невропатолога. После выписки из стационара вновь отмечаются приступы гипогликемии, чаще вечером снижение сахара в крови до 2,2 ммоль/л. судорожные подергивания конечностей, потеря сознания. В течение 2-х недель из-за постоянных гипогликемия не получал инсулин. Дважды находился на стационарном обследовании в ННЦМид г. Астаны с Дз: Сахарный диабет тип 1, ст. декомпенсации. Диабетическая ретинопатия непролиферативная, васкулярная ОИ. Жировой гепатоз. Липодистрофии по типу гипертрофий. Аутоиммунный тиреоидит, нормотрофическая форма, гипотиреоз. Проводился суточный мониторинг глюкозы крови: сахар крови от 2,2 до 19,0 ммоль/л. В марте 2010г осмотрен психотерапевтом в ННЦМид Дз: Органическое поражение головного мозга. Наблюдался в детском реабилитационном центре «Рауан». По назначению невропатолога получал депакин-хроно 1500 мг/сут, ламиктал 50 мг/сут. На этом фоне продолжают судорожные приступы. В сентябре-октябре 2010г повторно поступает в неврол. Отд. ОДБ с судорожным синдромом. 2 раза госпитализирован в реанимационное отд в связи с некупируемым судорожным приступом. Проведен консилиум врачей. Рек-но конс. психитра. 30.10.10г мальчик вновь по СМП доставлен в ОДБ, госпитализирован в соматическое отд по поводу декомпенсации СД.

Из анамнеза жизни: Мальчик от 1 беременности, преждевременных родов, протекавших на фоне токсикоза. Вес при рождении 2.900 кг. На 5 сутки переведен из роддома в ОВН: Недоношенность 1 ст. Перинатальное поражение ЦНС. Прививки по возрасту. Перенесенные заболевания ОРВИ, ветряная оспа, краснуха, бронхит, тубвираж. В 2008г выявлен хронический гастродуоденит, ДЖВП по гипотоническому типу.

При объективном осмотре: Рост- 168 см. вес- 53 кг. Состояние средней тяжести, самочувствие снижено, вялый. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, язык суховат, обложен белым налетом. Периферические лимфоузлы не увеличены, Щитовидная железа - пальпируется перешеек мягко-эластичный. Грудная клетка правильной формы, в легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие ритмичные, чсс 100. АД 110/70. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличена. Стул оформленный. Половое развитие соответствует 2 стадии по Таннеру. Пульсация и чувствительность на нижних конечностях сохранены. Отеков нет.

Проведено обследование: Гликемический профиль в течение суток колеблется от 3,9 ммоль/л до 28,0 ммоль/л. В ан. крови на гормоны: С-пептид- 0,02 (№ 1,1-4,4), АКТГ- 9,90 (№ 7,3- 63,5), кортизол- 251 (№ 171-660). УЗИ орг. брюшной полости и почек от 09.01.09г: Признаки гепатомегалии. Структурных изменений почек не выявлено

КТ органов брюшной полости: КТ-признаков дополнительных образований не визуализируется. УЗИ щж: Т.О.- 7.0 мл. Эхоструктура однородная, экзогенность не изменена. ЦДК обычная. ЭХОКГ: Признаки ПМК 1 ст. ДХЛЖ. ЭКГ: Синусовая аритмия чсс 78- 83 в 1 мин. Нормальное положение ЭОС. ЭЭГ: На фоне умеренных общемозговых изменений биоэлектрической активности регистрируются признаки раздражения неспецифических срединных структур мозга. Невропатолог: Симптоматические судороги.

Глазное дно: Умеренная вазопатия. Контроль АД: 107/65- 98/68- 109/72- 120/89- 111/68- 120/80.

Проводилось лечение: диета стол № 9, интенсифицированная инсулинотерапия в дозе 47 ЕД/сут. курс гепато-и ангиопротекторов: гепатидф, карсил, хилак-форте, вит Е, диакарб, р-р натрия брома 3%, р-р магнзии 25% 5,0 мл в/м, в/в актавегин, вит. В6 1,0 мл в/в, глицерин, кавинтон, энкорат-хроно.

В отделении неоднократно отмечались приступы клонико-тонических судорог на фоне гипогликемических состояний. Судорожные приступы купировались после введения релиума, приема сладкого. Также на фоне нормогликемии (4,1 ммоль/л) отмечалась повышенная сонливость, неадекватное поведение мальчика. После приема сладкого сахар крови повысился до 5,1 ммоль/л, состояние улучшилось.

Несмотря на проводимую терапию судорожные приступы на фоне гипогликемии не прекращались, даже участились. В поведении мальчика замечена агрессивность, навязчивое желание войти в контакт с другими, повышенная разговорчивость, фантазирование. Также судорожные приступы всегда возникали в присутствии людей. При попытке ввести плацебо вместо релиума, отмечалось улучшение состояния с постепенным купированием судорожного приступа.

Был проведен консилиум врачей: невропатолога, психиатра и эндокринолога. В результате тщательно собранного анамнеза при беседе с мамой выяснено, что в течение последнего времени в семье сложилась неблагоприятная ситуация: постоянные ссоры родителей, последующий уход отца мальчика из семьи. Мальчик единственный ребенок в семье, общительный, стремится к лидерству в коллективе. В отношениях с отцом очень привязан к нему, тяжело переживал разлуку с отцом. Это вероятно послужило поводом для развития у подростка на фоне тяжелого соматического заболевания сахарного диабета на резидуально-органическом фоне, выраженного депрессивного состояния, скрывающегося под маской гипогликемических состояний.

На основании вышеуказанного был выставлен Дз: Истероидные припадки. Выраженный депрессивный синдром. Мальчик госпитализирован в отделение неврозов ОПНД, получил курс седативной медикаментозной терапии, психокоррекции.

После выписки отмечает улучшение состояния, судорог больше не отмечалось. Периодически появляются гипогликемические состояния, сопровождающиеся тремором рук, слабостью.

Особенностью данного случая является трудность дифференциальной диагностики депрессивного синдрома, скрывающегося под маской гипогликемических состояний при сахарном диабете.

Литература:

1. Аметов А.С. Избранные лекции по эндокринологии / А. С. Аметов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. –
2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
3. Гарганеева Н. П. Сахарный диабет типа 2: коморбидность с непсихотическими психическими расстройствами и прогноз / Н. П. Гарганеева, В. Я. Семке, М. Ф. Белокрылова // Психические расстройства в общей медицине. – 2006. – Т. 1. – № 2.
4. Добржанская АК. Психические и нейрофизиологические нарушения при эндокринных заболеваниях / А. К. Добржанская. – М.: Медицина, 1973.

УДК 616.16–002.151–053.1(075.9)

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

О.А. Ким, Р.Т. Джекесова

КГКП «Областная детская больница», г. Павлодар

Резюме

Описывается случай тяжелого течения геморрагического васкулита (ГВ) у девочки 10 лет. Особенности данного случая были манифестация ГВ с абдоминального синдрома с поздним появлением кожной пурпуры, тяжелое течение заболевания с высокой активностью нефрита. Длительная терапия преднизолоном позволила добиться ремиссии нефрита Шенлейна – Геноха. Ключевые слова: дети, геморрагический васкулит.

Тұжырым

ГЕМОРРАГИЯЛЫҚ ВАСКУЛИТТІҢ АУЫР АҒЫМЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

Қыз балада 10 жылдар (гвалар) геморрагиялық васкулиттің ауыр ағымының жағдайы суреттеледі. Осы жағдайдың ерекшеліктерімен тері пурпурін кешірек пайда болуы бар абдоминалды синдромнан гваларының манифестациясы, нефриттің биік белсенділігімен ауруды ауыр ағымдар болды. Преднизолонмен ұзақ терапия Шенлейн-Геноханың нефриттің ремиссиясына қол жеткізуге мүмкіндік берді. Сөздің Ключевоеелері: балалар, геморрагиялық васкулит.

Summary

CASE OF SEVERE DURATION OF HEMORRHAGIC VASCULITIS

Clinical case of severe hemorrhagic vasculitis in 10 years old girl is presented. Special features of this particular case are manifestation from abdominal syndrome with deferred appearance of skin purpura, severe disease with high activity of nephritis. Long-term pulse therapy using prednisolon resulted in remission of Schonlein-Henoch nephritis. Key words: children, hemorrhagic vasculitis.

Введение

Геморрагический васкулит (ГВ или болезнь Шенлейна–Геноха) относится к группе системных васкулитов при котором поражаются мелкие сосуды (капилляры, венулы, артериолы). ГВ – наиболее часто встречающийся, преимущественно у детей, системный васкулит. Его частота у детей 13 случаев на 100 000 детского населения. В основе патогенеза ГВ лежит иммунокомплексный процесс с участием IgA и комплемента, которые, осаждаваясь на стенке капилляров, вызывают воспалительную реакцию, сопровождающуюся повышенной проницаемостью, экссудацией и диapedезом эритроцитов. Тяжесть в начале заболевания связана в основном с абдоминальным синдромом, который обусловлен нарушениями микроциркуляции в стенке кишечника и брыжейке, отеком и геморрагиями в стенке кишки. Абдоминальный синдром развивается примерно у половины больных ГВ и протекает с коликоподобными болями, иногда очень интенсивными и мучительными. В отдаленной перспективе прогноз заболевания зависит от вовлечения в процесс почек, которое отмечается в той или иной степени почти у 2/3 больных. Трудность диагностики ГВ может быть обусловлена отсроченным появлением сыпи, когда первыми проявлениями заболевания могут быть абдоминальный и/или суставной синдромы.

Приводим историю болезни ребенка, у которого особенности клинических проявлений ГВ вызывали трудности диагностики на начальных этапах вследствие позднего появления пурпуры. Кристина К., 10 лет, поступила в соматическое отделение ОДБ с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту. За неделю до поступления начала жаловаться на слабость, боли в животе, рвоту. Заболевание первоначально расценено как обострение хронического гастрита, так как девочка 6 месяцев назад лечилась по поводу гастрита со схожей симптоматикой. Амбулаторно были назначены метронидазол, антациды на фоне диеты. Однако боли в животе сохранялись, на 3-й день болезни девочка было госпитализирована в соматическое отделение. При поступлении в отделение определялась болезненность

при пальпации в эпигастрии, левом подреберье. По данным ЭФГДС – геморрагический гастрит. На 5-й день от момента заболевания появились отечность и болезненность голеностопных суставов. На 9-й день от начала заболевания появилась симметричная геморрагическая пятнисто-папулезная сыпь, местами сливного характера с элементами некрозов вокруг коленных и голеностопных суставов, на ягодицах, вокруг локтевых суставов. Отмечались ангионевротические отеки на волосистой части головы, предплечьях. При этом сохранялись боли в животе, отмечено появление разжиженного стула темно-коричневого цвета. В анализе крови обращали на себя внимание резкий лейкоцитоз ($18,2 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом влево и гипертромбоцитоз ($620,0 \times 10^9/\text{л}$), нормохромная анемия 92 г/л. Анализ мочи был без отклонений от нормы

Таким образом, у ребенка имели место типичные клинические и лабораторные проявления смешанной формы геморрагического васкулита с кожным, суставным и абдоминальным синдромом. Особенностью данного случая было отсроченное появление сыпи – только через 9 дней после появления первых жалоб. Тяжесть состояния была обусловлена повторными волнами обильных высыпаний с геморрагическими высыпаниями и некрозами в области стоп, голеней, ягодиц, рецидивирующими резко болезненными ангионевротическими отеками мягких тканей, а также не прекращающимися болями в животе по типу колик и явлениями колита. Пациентка получала стандартную для ГВ терапию – гепарин под кожу 250, затем 300/ЕД/кг/сутки, курантил 150 мг/сут, внутривенно инфузии глюкозо-новокаиновой смеси, реополиглюкина, но-шпы. Несмотря на крайне высокую активность геморрагического васкулита, анализы мочи оставались нормальными. Однако на 5-й неделе на фоне уменьшения сыпи и улучшения состояния по заболеванию, присоединились симптомы нефрита с высокой активностью – макрогематурия, протеинурия до 3 г/сут, умеренная лейкоцитурия. Дополнительные исследования позволили исключить диагноз СКВ. С момента манифестации нефрита была назначена терапия преднизолоном в дозе 2 мг/кг.

Постепенная положительная динамика отмечена только через 1,5 мес от начала лечения – протеинурия уменьшилась до 0,4 г/л, нормализовался уровень общего белка и альбуминов в сыворотке крови. Спустя 1 мес ремиссия нефрита была неполной: сохранялась незначительная протеинурия 0,045 г/л и эритроцитурия до 5-6 в п.з.

Самочувствие оставалось удовлетворительным, кожные высыпания и абдоминальный синдром не рецидивировали.

За время амбулаторного лечения после выписки из стационара, девочка постоянно получала курсы антиагрегантов (курантил, тромбо-асс). Последнее обследование проведено спустя 10 месяцев после манифестации ГВ. Самочувствие удовлетворительное. Гематурия отсутствовала.

Выводы:

Таким образом, можно выделить следующие особенности данного случая геморрагического васкулита:

1. Начало заболевания – с абдоминального синдрома и появление сыпи только на 9 день заболевания, чем были обусловлены трудности дифференциальной диагностики.

2. Достаточно позднее (на 5-й неделе от дебюта заболевания) присоединение поражения почек, высокой степени активности.

Литература

1. Лыскина Г.А., Зиновьева Г.А. Некоторые аспекты развития, течения и лечения болезни Шенлейна–Геноха у детей. Педиатрия. 2010; 6.

2. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. — М., 1988. — 528 с.

Content

Questions Medical Education

T.K. Rakhypbekov 5

About educational activity of the Semey state medical university

Health organization the Republic of Kazakhstan

T.K. Rakhypbekov, G.N. Tanatarova, K.Zh. Baildinova 7

Implementation of the State Programm for the Development of Health of Kazakhstan "Salamatty Kazakstan" by improving the knowledge of experts in primary health care of the East Kazakhstan region

G.T. Korabayeva, V.V. Koikov, S.B. Abdraimov, A.S. Aikesheva 8

Regional features for in-patient care costs allocation in 2009

Zh. Ergaliyeva, V.V. Koikov, A.S. Aikesheva, A.B. Abdrahmanov 12

Features of health financing in Kazakhstan

V.V. Koikov, A.S. Aikesheva, A.K. Almadieva, A.B. Abdrahmanov, G.T. Korabaeva 13

The comparative analysis of financing methods of an inpatient care in 2009 and 2010

V.V. Koikov, A.S. Aikesheva, A.B. Abdrahmanov, S.B. Abdraimov, A.K. Almadieva, G.T. Korabayeva, Zh. Ergaliyeva 18

International experience in applying the methods of comparative evaluation of cost effectiveness analysis in health care

A.B. Abdrahmanov, A.S. Aikesheva, A.K. Almadieva, G.T. Korabayeva, Sh.K. Kayupova, V.V. Koikov, Y.S. Sidorkina, Zh. Ergaliyeva 21

Assessment of cost-effectiveness of inpatient mortality for example, round the hospital

G.T. Korabaeva, A.K. Almadieva, V.V. Koikov, A.B. Abdrahmanov, Y.S. Sidorkina 25

The influence of the human factor in use of medical and economical tariff

Review

N.I. Kidirbayev 27

Evolution of the diagnosis of erectile dysfunction syndrome Leriche. (Literature Review)

Articles

N.I. Kidirbayev, V.S. Arakelyan, M.V. Shumilina 32

Condition erectile functions at patients after endovascular and open operative interventions at a syndrome of Leriche

T.M. Mukhamejanov 39

Results permanent implantation ECS on the basis of East-Kazakhstan region hospitals for the period from 1987 to 2011g.g.

M.V. Goremeekina, S.K. Tursumbekova, Z.S. Tynyshtykova, L.M. Bakayeva 41

Violations of rhythm of heart at connecting tissue of heart at persons of young age

L.M. Bakayeva 43

The role of nitrates in the treatment of cardiac patients

Z.L. Alimbekova 46

Clinical examination of patients with coronary heart disease in the clinic "Hakim" Semey city

M.V. Goremeekina, S.K. Tursumbekova, Z.S. Tynyshtykova 49

Ultrasonic description of connecting tissue of heart

A.U. Sharipova 51

Obesity and hypertension

B.M. Valitova 52

The main methods treatment of overweight and obesity

L.G. Giryva, N.S. Shacanova, V.R. Dadebaeva, E.E. Zhampozov, G.A. Erkimbekova, V.I. Fominykh, A.Sh. Smagulova, L.P. Borovikova, U.A. Apukhtina, A.V. Kinder, B.B. Isabaeva, M.E. Sandybaeva, A.S. Adilgozhina 54

Clinical manifestations of ocular pathologies in HIV

A.I. Ashirova 56

Using of Antioxidants in complex therapy of the computer visual syndrom

R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, K.Sh. Amrenova, A.K. Merimgalieva, G.T. Akhmadullina, G.T. Zhakupova, M.O. Khamitova, A.A. Esenbaeva, M.R. Masabaeva, N.B. Bekenova 58

The mistakes of antibacterial therapy of unhospital pneumonia in dependence of microorganisms and other pathology

N.H. Smagulova	59
Community-acquired pneumonia with broncho-obstructive syndrome	
R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, K.Sh. Amrenova, M.O. Khamitova, A.A. Esenbaeva, M.R. Masabaeva, N.B. Bekenova	60
Antibacterial therapy of hospital pneumonia in therapeutical and surgical divisions	
R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, K.Sh. Amrenova, A.K. Merimgalieva, G.T. Akhmadullina, G.T. Zhakupova, M.O. Khamitova, A.A. Esenbaeva, M.R. Masabaeva, N.B. Bekenova	62
The algorithm of antibacterial therapy by acute pneumonia with complication of the renal – urinal tracts	
E.V. Butenko	64
Experience of lungs candidosis affection treatment among patients with tuberculosis with orungal in oral solution	
I.E. Soloviev	66
The Reasons promoting disease by tuberculosis light in modern condition	
K.S. Igembaeva, R.S Igembaeva, S.N. Selihanova, G.K. Kabysheva, E.A. Ibraev, I.E. Soloviev, M. Vorobieva	68
Влияние отрицательных социальных факторов на возникновение туберкулеза у детей	
K.B. Dysembekova	69
Health state of frequently ill children at Semey city	
R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, K.Sh. Amrenova, M.O. Khamitova, A.A. Esenbaeva, M.R. Masabaeva, N.B. Bekenova	71
The empirical rational antibacterial therapy the meningitides	
R.K. Iskakova	72
Ultrasound changes in chronic diffuse liver diseases in children	
A.K. Mukasheva	74
Atroficheskikh change the brain in children	
O.A. Kim	75
The choice of iron preparations for ferrotherapy at iron deficiency anemia in children	
B.S. Samatova	77
Experience of treatment of the hypothalamic form of obesity in children	
F.S. Karimova, D.R. Baraisova, Zh.H. Baitanatova, A.K. Mukasheva, O.A. Zhukova, A.K. Taspolatova	78
Integrated approach to the treatment of cerebral palsy	
Zh.E. Akylzhanova, T.M. Dernova, E.Z. Gasanova, G.U. Kaidarova	80
Prevention osteopenic syndrome	
S.V. Surkov, G.K. Abdikova, A.S. Musabekov, A.V. Pismareva, K.M. Gabdulgazizov	81
Social significance and outcomes of treatment of tibial shaft fractures	
G.K. Abdikova	83
Anesthesia in injuries of extremities	
R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, K.Sh. Amrenova, M.O. Khamitova, A.A. Esenbaeva, M.R. Masabaeva, N.B. Bekenova	84
The some questions of antibacterial therapy the rotten – inflammatory diseases in surgery	
S.K. Sailaubayev	86
The gender and age characteristic of trauma in patients in Semey region	
S.S. Kizatullin	87
Plastic defects in children cranial vault	
O.A. Kim	89
Application of recombinant factor VII A in the treatment and prevention of intra - and postoperative bleeding	
I.A. Chikanov	90
The first experience of peripheral arterial embolization wounds	
G.V. Baisekenova	92
The relevance of studying genital herpetic infections of women at reproductive age	
Zh.B. Babasheva, I.V. Krasilnikova, Z.L. Dzangieva, L.G. Permitina	96
Hypertension in pregnancy	
K.A. Tuleuov, Z.L. Alimbekova, T.N. Lachkova, M.K. Mukhametzhanova, R.M. Zhumambayeva, G.K. Omarova	98

Analysis of the results of routine inspection inhabitants families residing in the area clinics, "Hakim", Semey cyty	
A.A. Almagambetova	100
About experience of a psychotherapeutic office in somatic polyclinic	
G.N. Turarova, B.E. Temirbekova, L.Ju. Aimursina	103
The results of patrol epidimical supervision for HIV among consumers of injectional drugs in Semei (2009 year)	
A.N. Zhaparbekov	104
The role of antiretroviral therapy in the prevention of tuberculosis in HIV-infected patients	
Case histories	
A.K. Akhmetova	106
Clinical case of conglobated acne	
A.K. Mukasheva	107
The relevance of hydrocephaly at young children - as a consequence of periventricular hemorrhage	
O.A. Kim, S.M. Muratova	108
The case of diagnosis of hemophilia in a patient with gastric ulcer	
B.S. Samatova	109
Diabetes case the combination with major depressive syndrome	
O.A. Kim, R.T. Dzhekesova	111
Case of severe duration of hemorrhagic vasculitis	

Мазмұны

Медициналық білім берудің сұрақтары

Т.К. Рахыпбеков	5
Семей қаласындағы Семейдің мемлекеттік медициналық университетінің білім беру қызметі жөнінде	
Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау мекемесі	7
Т.К. Рахыпбеков, Г.Н. Танатарова, К.Ж. Баильдинова	7
Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау мемлекеттік мекемесінің «Саламатты Қазақстан» бағдарламасын жүзеге асыруға, ШҚО бойынша МСҚК орталықтарының мамандарының білім деңгейлерін жоғарыда аталған негізде көтеру	
Г.Т. Корабаева, В.В. Койков, С.Б. Абдраимов, А.С. Айкешева	8
2009 жылы стационарлық көмекке қаржы бөлудің өңірлік ерекшеліктері	
Ж. Ергалиева, В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.Б. Абдрахманов	12
Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтауды қаржыландырудың ерекшеліктері	
В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.К. Альмадиева, А.Б. Абдрахманов, Г.Т. Корабаева	13
2009 және 2010 жылдары тәуліктік стационарлық көмекті қаржыландыру әдістерінің салыстырмалы талдау мәселелеріне	
В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.Б. Абдрахманов, С.Б. Абдраимов, А.К. Альмадиева, Г.Т. Корабаева, Ж.А. Ергалиева	18
Денсаулық сақтауда тиімділікті салыстырмалы бағалау әдістерін қолданудың халықаралық тәжірибесі	
А.Б. Абдрахманов, А.С. Айкешева, А.К. Альмадиева, Г.Т. Корабаева, Ш.К. Каюпова, Ю.С. Сидоркина, Ж.А. Ергалиева	21
Тәулік бойы стационарда, қанша өлім болатын туралы мысалы, стационарлық көмектің қаншалықты көрсетілгеннің тиімді бағалануы	
Г.Т. Корабаева, А.К. Альмадиева, В.В. Койков, А.Б. Абдрахманов, Ю.С. Сидоркина	25
Медициналық-экономикалық тарифтерді қолдануында адам факторынын әсері	
Әдебиетке шолу	
Н.И. Кидирбаев	27
Лериш синдромында қобу функциясының бұзылуының диагностикалық дамуы (Әдебиеттерге шолу)	
Мақалалар	
Н.И. Кидирбаев, В.С. Аракелян, М.В. Шумилина	32
Лериш синдромында реконструктивті және эндоваскуляр отадын кейінгі жыныстық қабілет	
Т.М. Мухамеджанов	39
1987-2011 ж.ж. Шығыс Қазақстан облыстық ауруханасы базасында үнемі экс имплантация нәтижелері	
М.В. Горемыкина, С.К. Турсумбекова, З.С. Тыныштыкова, Л.М. Бакаева	41
Жас адамдарда жүректің дәнекер тіндерінің дисплазиясы кезіндегі жүрек ырғағының бұзылыстары	
Л.М. Бакаева	43
Кардиологиялық науқастардың еміндегі нитраттардың орны	
З.Л. Алимбекова	46
Семей қаласындағы «Хаким» емханасында ишемиялық жүрек ауруы бар науқастарды диспансерлеу	
М.В. Горемыкина, С.К. Турсумбекова, З.С. Тыныштыкова	49
Жүрек дәнекер тінінің дисплазиясының ультрадыбыстың сипаттамасы	
А.У. Шарипова	51
Семіздік пен артериалды гипертония	
Б.М. Валитова	52
Артық салмақ және семірудегі емдеудің негізгі әдістері	
Л.Г. Гиря, Н.С. Шакенова, В.Р. Дадебаева, Е.Е. Жампозов, Г.А. Еркимбекова, В.И. Фоминых, А.Ш. Смагулова, Л.П. Боровикова, У.А. Апухтина, А.В. Киндер, Б.Б. Исабаева, М.Е. Сандыбаева, А.С. Адильгожина	54
Жұқтырып алған иммун тапшылығының синдромында көз ағзасының зақымдалуының клиникалық белгілері	

А.И. Аширова	56
Компьютерлік көру синдромын кешенді емдеудегі антиоксиданттардың қолданылуы	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукенов, К.Ш. Амренова, А.К. Меримғалиева, Г.Т. Ахмадуллина, Г.Т. Жакупова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова	58
Ауруханадан тыс өкпе қабынуының антибактериальды емінде қоздырғыштарға және қосымша үрдістерге байланысты жіберілген қателіктер	
Н.Х. Смагулова	59
Ауруханадан тыс пневмонияның обструктивті синдроммен өтуі	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукенов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова	60
Терапиялық және хирургиялық бөлімшелерде госпитальды пневмонияның антибактериальды емі	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукенов, К.Ш. Амренова, А.К. Меримғалиева, Г.Т. Ахмадуллина, Г.Т. Жакупова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова	62
Зәр шығаратын жолдар ауруларымен асқынған жедел өкпе қабынуының антибактериальды емі	
Е.В. Бутенко	64
Орунгал ерітіндісімен ауыз арқылы туберкулезбен ауыратын науқастардың өкпесін кандидоздық зақымдануын емдеу тәжірибесі	
И.Е. Соловьев	66
Қазіргі кезде адамдардың өкпе туберкулезіне шалдығуына әсер ететін себептер	
К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, С.Н. Селиханова, Г.К. Кабышева, Е.А. Ибраев, И.Е. Соловьев, М. Воробьева	68
Балалардың туберкулезге шалдығуына әсер ететін социалдық факторлар	
К.Б. Дюсембекова	69
Семей қаласы жиі ауыратын балаларының денсаулық жағдайы	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукенов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова	71
Семей қаласындағы балаларда менингиттерді антибиотиктермен рациональды эмпирикалық емдеу	
Р.К. Искакова	72
Балалардағы бауырдың созылмалы ауруларының ультрадыбыстың өзгерістері	
А.К. Мукашева	74
Мийдың атрофика өзгерістері балаларда	
О.А. Ким	75
Темір жетіспейтін қаны аздық балалардағы ферротерапия үшін бездің препараттарының таңдауы	
Б.С. Саматова	77
Балалардағы гипоталамиялық семіздікті емдеу тәжірибесі	
Ф.С. Каримова, Д.Р. Бараисова, Ж.Х. Байтанатова, А.К. Мукашева, О.А. Жукова, А.К. Тасполатова	78
Бала ми салының емдеуіне кешенді жолдар	
Ж.Е. Акылжанова, Т.М. Дернова, Э.З. Гасанова, Г.У. Кайдарова	80
Сүйек қабықтарының қабыну белгісінің алдын алу	
С.В. Сурков, Г.К. Абдикова, А.С. Мусабеков, А.В. Писмарева, К.М. Габдулгазизов	81
Сирақ сүйектерінің диафиз сынықтарын емдеудің нәтижелері және әлеуметтік маңызы	
Г.К. Абдикова	83
Аяқ-қол сүйектерінің травмаларындағы анестезия	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукенов, К.Ш. Амренова, М.О. Хамитова, А.А. Есенбаева, М.Р. Масабаева, Н.Б. Бекенова	84
Іріңді қабыну жағдайларды хирургияда антибиотиктермен емдеудің кейбір сұрақтары	
С.К. Сайлаубаев	86
Семей аймағы бойынша стационарлық травматологиялық науқастардың жыныстық және жастық сипаттамасы	
С.С. Кизатуллин	87
Балалардағы бассүйек күмбез кемістігін жамау	

О.А. Ким	89
VII А факторының терапиядағы және ішкі және операциядан кейінгі қан кетулер профилактикада қолдануы	
И.А. Чиканов	90
Артерияға ерте эмболизациялық тәжірбиені алғаш қолдану	
Г.В. Байсекенова	92
Репродуктивті жастағы әйел адамдар жыныс мүшелерінің ұшық жұқпалар ауруларын зерттеу өзектілігі	
Ж.Б. Бабашева, И.В. Красильникова, З.Л. Дзангиева	96
Жүктілік кезде артериялық гипертензияның болуы	
К.А. Тулеуов, З.Л. Алимбекова, Т.Н. Лачкова, М.К. Мухаметжанова,	98
Р.М. Жумамбаева, Г.К. Омарова	
«Хаким» емханасына қарасты Семей қаласының тұрғындарының алдын ала тексерудің қорытынды анализі	
А.А. Алмагамбетова	100
Соматикалық емханадағы психотерапиялық кабинет жұмысының тәжірибесі туралы	
Г.Н. Турарова, Б.Э. Темирбекова, Л.Ю. Аймурзина	103
Семей қаласының инъекциялық есірткі тұтынушылары арасында ақтқ-жұқпасына дозорлық эпидемиологиялық қадағалау нәтижелері (2009 ж.)	
А.Н. Жапарбеков	104
АИТВ-жұқпасы бар тұлғаларда түбіркүлездің алдын алудағы ретровируске қарсы терапияның маңыздылығы	
Тәжірибеден жағдай	
А.К. Ахметова	106
Конглобаттық безеулердің клиникалық жағдайлары	
А.К. Мукашева	107
Жас шамасының балаларындағы сумидың өзектілігі - перивентрикулярлық қан құйылулары салдары	
О.А. Ким, С.М. Муратова	108
Асқазанның ойық жараса бар науқастан қан аққыштық ауруының диагностикалық жағдайы	
Б.С. Саматова	109
Ауыр жабығу синдромы бар сусамырдың тіркесінің жағдайы	
О.А. Ким, Р.Т. Джекесова	111
Геморрагиялық васкулиттің ауыр ағымының жағдайы	

Государственный медицинский университет г.Семей

Подписано в печать 28.12.2011 г.

Формат А4. Объем 14 усл.п.л. Тираж 300 экз.

Адрес: 071400, г. Семей, ул. Абая 103.