



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



3' 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
№ 3 2011 г.

Журнал основан в 1999 г.

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

Учредитель:
Государственный
медицинский университет
г. Семей

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

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

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

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

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии
Государственного
медицинского университета
г. Семей

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

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

Редакционный совет:

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

Редакционная коллегия:

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



**КАИРБЕКОВ
ТОКЕН КАИРБЕКОВИЧ**

**Материалы
III научно-практической конференции
«МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ
В ПАВЛОДАРСКОМ РЕГИОНЕ»,
посвященной 80-летию Каирбекова Т.К.**

**Materials
of 3^d scientific-practical conference
«MEDICAL SCIENCE AND EDUCATION
IN PAVLODAR AREA»
dedicated to the 80th of T.K. Kairbekov**

**«ПАВЛОДАР АЙМАҒЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ
ҒЫЛЫМЫ ЖӘНЕ БІЛІМ»
Т.К. Каирбековтың 80 - жылдығына арналған
3-ші ғылыми тәжирибелік конференцияның
материалдары**

**КАИРБЕКОВ ТОКЕН КАИРБЕКОВИЧ –
ветеран здравоохранения республики**

Профессор Имангазинов С. Б.

Павлодарский филиал ГМУ г. Семей

«Если в уважаемом возрасте человек находит применение своей энергии и интеллекту, работая на благо общества, то это – поистине неутомимый труженик, душой живущий заботами других людей» - именно так было написано 10 лет тому назад в юбилейной статье, посвященной 70-летию Токену Каирбековичу Каирбекову, ныне отмечающему 80-летний юбилей [1].

Действительно, окончив медицинский институт и выбрав профессию врача, Каирбеков Т.К. преопределил свою беспокойную, но интересную судьбу. Так уж получилось, что его личные качества: собранность, профессионализм, целеустремленность, не остались незамеченными. В разные годы Т.К. Каирбеков занимал руководящие должности и возглавлял различные структуры. Начав карьеру с должности главного врача Вишневской районной больницы, проработав руководителем Кургальджинской центральной районной больницы, заместителем заведующего Целинным крайздравотделом, главным врачом крайсанэпидстанции, в 1965 г. и на 20 последующих лет Т.К. Каирбеков становится заведующим Павлодарским областным отделом здравоохранения. Приступая к работе, 34-летний заведующий здравоохранением области, наверное, еще не знал, какой фронт работы его ждет. Под руководством Т.К. Каирбекова была усилена материально-техническая база действующих учреждений здравоохранения, возведены новые здания больниц. По сути, во время его работы были построены и оснащены те клиники, которые сегодня составляют базу медицинской службы области. Это - областная детская и областная клиническая больница им. Г.Султанова, городские больницы №1 и поликлиника №5, областная санэпидстанция, медицинские учреждения городов Экибастуза и Аксу, типовые районные больницы.

В 1968 г. под его руководством была организована выездная приемная комиссия Семипалатинского медицинского института в городе Павлодаре. С 1984 года врачи области смогли совершенствовать свои знания на открытом в Павлодаре факультете усовершенствования врачей Семипалатинского медицинского института.

Самоотверженный труд Т.К. Каирбекова был отмечен государством - орденами «Трудового Красного Знамени», «Знак почета»; медалями «За доблестный труд», «За освоение целинных и залежных земель»; Почетной грамотой Верховного Совета Каз.ССР; знаком «Отличник здравоохранения СССР и КазССР», он по праву носит звание «Заслуженный врач Казахстана» и Почетного Гражданина г. Павлодара.

Профессорско-преподавательский состав Павлодарского филиала Государственного медицинского университета г. Семей и медицинская общественность Павлодарской области от всей души поздравляет Токена Каирбековича с юбилеем.

Литература:

1. Имангазинов С.Б. Токен Каирбекович (к 70-летию со дня рождения) // Медицина.- 2001.- С. 39.

О РАЗВИТИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В ПАВЛОДАРСКОМ РЕГИОНЕ (1924-1971 гг.)

Имангазинов С. Б., Каирбеков Т. К., Болтина В. Д., Шевелева Л. В., Бобрешова О. В.

*Государственный медицинский университет г. Семей
Государственный архив Павлодарской области, г. Павлодар*

В 1924 году заведующий Павлодарским уездным отделом здравоохранения по заданию Семипалатинского губернского отдела здравоохранения заполнил анкету, в которой были поставлены конкретные вопросы по борьбе с туберкулезом. Из анкеты следует, что диспансеров и больниц, лечащих туберкулезных больных, в 1924 году в уезде не было. Специальных обследований по поводу туберкулеза в существующих больницах, на медицинских участках и пунктах не производилось. Не велась в уезде и регистрация больных с этим диагнозом. Ничего не было сделано по подготовке специалистов по туберкулезу из медперсонала. В анкете указывалась и главная причина такого положения - отсутствие каких-либо средств на противотуберкулезную работу в уезде.

После проведенного анкетирования Семипалатинский губернский отдел здравоохранения разработал «Инструкцию по проведению туберкулезного трехдневника в уездах Семипалатинской губернии». Инструкция датируется 1924 годом. В ней читаем: «Основные цели трехдневника: увеличение материальных средств для борьбы с туберкулезом путем постановки спектаклей, сбора пожертвований по учреждениям, кружечного сбора с продажей эмблемы противотуберкулезной борьбы и т.д.; изучение заболеваемости туберкулезом, для чего необходимо произвести по специальной анкете регистрацию и обследование условий жизни больных».

Для проведения туберкулезного трехдневника в Павлодарском уезде была создана специальная комиссия, в которую вошли заведующий уездным отделом здравоохранения, представители уездного исполкома, а также представители партийных и профсоюзных организаций, учреждений. Основными задачами комиссии являлись

выявление больных туберкулезом и их регистрация. Эту работу предполагалось закончить в уезде к 1 января 1925 г.

Проведенный туберкулезный трехдневник сдвинул с мертвой точки работу по противотуберкулезной помощи в уезде. Об этом свидетельствуют документы, отложившиеся в фонде Павлодарского уездного отдела здравоохранения. Так, в отчете о работе по санитарному просвещению врача Экибастузской больницы (подпись неразборчива) от 28 ноября 1924 г. говорится: «...В октябре поставлены два спектакля со сборами средств в пользу фонда борьбы с туберкулезом, с популярными лекциями о туберкулезе». Или читаем объявление Павлодарского уездного отдела здравоохранения от 17 декабря 1924 г.: «С 24 декабря 1924 года и в последующем 1925-ом году еженедельно по средам в 5 часов вечера в Рабочем клубе будут читаться санитарно-просветительные лекции. Просьба к членам профессиональных, партийных и комсомольских организаций лекции посещать аккуратно. Вход на лекции бесплатный. Семьям членов общественных организаций и прочим неработающим гражданам вход на лекции разрешается также бесплатный. Лекцию по теме «Туберкулез» читает врач Мирошников».

24 февраля 1924 г. уездным отделом здравоохранения было проведено совещание «О санитарном и лечебном состоянии дома лишенных свободы в г. Павлодаре». В протоколе этого совещания читаем: «Слушали: вопрос о больных туберкулезом. Решили: арестованных больных туберкулезом отправлять в Семипалатинск».

В феврале 1925 года из губернского отдела здравоохранения поступает в Павлодар еще одна инструкция «Инструкция тубячейки по борьбе с туберкулезом». В ней предписывалось создавать на предприятиях,

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

заводах, мельницах и т.д. тубячейки для непосредственного осуществления мероприятий и плановой борьбе с туберкулезом. Были намечены основные задачи тубячейки: материальная помощь отдельным больным туберкулезом, санитарно-просветительная работа на месте.

«Для осуществления своих задач, - говорилось в инструкции, - тубячейки:

- изыскивают средства самостоятельно или при содействии местной кассы взаимопомощи для материальной поддержки туберкулезных больных путем предоставления им усиленного питания в столовых или отпуска продуктов, предметов санитарной необходимости, термометров, кроватей, теплого белья, платья, обуви и т. д.;

- содействуют распространению санитарно-просветительной литературы (плакатов, листовок, брошюр, лозунгов, стенных газет и т.д.);

- содействуют инспекции труда в охране и проведении в жизнь отдельных законоположений Кодекса труда в отношении больных туберкулезом детей, подростков, беременных;

- содействуют улучшению жизненных условий больных путем соответствующего ремонта их квартир или поиска других помещений для их проживания».

Но, несмотря на оживившуюся работу по оказанию помощи туберкулезным больным в уезде, основные проблемы оставались нерешенными: не было специальных больниц и медицинских работников для лечения таких больных. Об этом также свидетельствуют документы.

Читаем письмо заведующего Калининским фельдшерским пунктом Павлодарского уезда заведующему Павлодарским уездным отделом здравоохранения от 7 сентября 1924 г. № 72: «В пределах моего участка и главным образом в большинстве поселков имеется много хирургических больных, которые нуждаются в больничном лечении. Большинство таких больных страдает туберкулезным поражением костей и суставов. Где им лечиться и, принимает ли таких больных уездная больница? Прошу Вас уведомить, можно ли такого рода больных направлять в уездную больницу, а также о том, какое лечение в этой больнице: платное

или бесплатное».

Имеется и ответ заведующего Павлодарским уездным отделом заведующему Калининским фельдшерским пунктом от 7 октября 1924 г. № 780, в котором сообщается, что подобные больные принимаются только в экстренных случаях: лечение бесплатное только для застрахованных больных.

В фонде Павлодарского уездного отдела здравоохранения имеется циркулярное письмо Народного Комиссариата здравоохранения от 3 октября 1925 г. № 4278 Семипалатинскому губернскому отделу здравоохранения, который в свою очередь пересылает его в Павлодар. В письме указывается, что отбор туберкулезных больных, посылаемых на курорты, в большинстве отборочных комиссий не совершенен: на курорты посылались туберкулезные больные в III стадии болезни, с высокой температурой и кровохарканьем. Такие больные с трудом совершали свое путешествие, никакой пользы для своего здоровья не получали и уезжали с ухудшением. «В значительной мере это зависит от того, - указывалось в письме, - что врачи отборочных комиссий не были знакомы с инструкцией по классификации легочного туберкулеза, принятой вторым туберкулезным съездом». Для правильной классификации туберкулезных заболеваний всем врачам отборочных комиссий, участковым врачам предлагалось срочно ознакомиться с данной инструкцией.

Проследить развитие противотуберкулезной помощи в 30-х годах по документам, находящимся на хранении в облгосархиве, не удалось. Не обнаружен и распорядительный документ об открытии первых туберкулезных больниц и противотуберкулезного диспансера в г. Павлодаре. Но в одном из отчетов заведующего Павлодарским облздравотделом за 1974 год указана дата начала деятельности диспансера - 1933 год.

Обратимся к документам Павлодарского отдела здравоохранения за 1940-1970 годы. Они свидетельствуют, что в начале 40-х годов противотуберкулезный диспансер в г. Павлодаре неоднократно менял свой адрес. В 1940 году он находился по улице Красноармейцев, 72, в 1941 году - по улице

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

Тургенева, 56; в 1943 году - по улице Абая, 294; в 1945 году - по улице Ленина, 138. Причем, городская туберкулезная больница и противотуберкулезный диспансер действовали параллельно и находились по одному адресу. Сохранились штатные расписания этих учреждений за 1942 год, в которых значится:

Павлодарская городская туберкулезная больница: заведующий больницей, врач - 1, врач-ординатор - 0,5, медсестры - 5, санитарки - 5, итого: **11,5**.

Павлодарский противотуберкулезный диспансер: заведующий диспансером, врач - 1, врач-ординатор - 2, медсестры - 3, санитарки - 2, итого: 8.

Кроме перечисленных штатных единиц, в больнице и диспансере имелись: завхоз, повар, кастелянша, прачка, истопник, бухгалтер, сторож, помощник повара, кладовщик, кучер-конюх, водовоз, регистратор.

В этом же, 1942 году, заведующий туберкулезной больницей являлась врач Игнатьева Анна Федоровна, заведующим противотуберкулезным диспансером являлся врач Портков (имя и отчество неразборчивы).

Активное участие в становлении противотуберкулезной помощи в городе и области принимали исполнительные органы. Читаем письмо заведующего Павлодарским городским финансовым отделом от 18 августа 1942 г. № 1-32.2 заведующему Павлодарской туберкулезной больницей: «Павлодарский горфо ставит Вас в известность, что решением исполкома горсовета с 15 июня 1942 г. по вашей больнице увеличено количество туберкулезных коек на 15, на что выделен лимит в сумме 48500 рублей». Приведем данные, характеризующие развитие противотуберкулезной помощи в области в 1940-1945 годах (Таблица 1).

Таблица 1. - Данные, характеризующие развитие противотуберкулезной помощи в области в 1940-1945 годах

Показатели	1940 год	1941 год	1942 год	1943 год	1944 год	1945 год
Число туб больниц	1	1	1	1	1	1
в них коек	10	20	35	35	35	35
Поступило больных	41	147	300	244	213	169
Проведено всеми больными койко-дней	824	3567	8883	10690	11780	9850

Коренные изменения в оказании противотуберкулезной помощи произошли в 50-е годы. В 1952 году при Павлодарском облздравотделе была создана комиссия по БЦЖ в составе пяти человек. Был составлен план вакцинации по области. За первое полугодие 1952 г. в Павлодаре родилось 2934 человека, из них 2368 - получили противотуберкулезную прививку.

Но особую роль в развитии противотуберкулезной помощи в области сыграло постановление Совета Министров Казахской ССР от 20 мая 1955 г. № 336 «О мерах по усилению борьбы с туберкулезом», за которым последовало решение Павлодарского облисполкома от 29 июля 1955г. № 440/15 о реализации этого постановления. В решении облисполкома в частности указывалось: «Исполком областного Совета депутатов трудящихся отмечает, что борьба с туберкулезом в области проводится

крайне неудовлетворительно. Выявление ранних форм туберкулеза проводится крайне несвоевременно. Противотуберкулезная помощь сельскому населению оказывается недостаточно. В сельской местности имеется только два туберкулезных кабинета, которые не имеют самостоятельных отделений для госпитализации туберкулезных больных. Врачами кабинеты не укомплектованы. Имеющиеся рентгеновские кабинеты в Бескарагайском, Куйбышевском районах бездействуют из-за перебоя в снабжении электроэнергией. Категория областного противотуберкулезного диспансера не соответствует количеству обслуживаемого населения... Совершенно неудовлетворительно оказывается противотуберкулезная помощь детскому населению... Не налажена противотуберкулезная помощь детям старших возрастов».

Было принято решение предусмотреть в

1956 году реорганизацию областного противотуберкулезного диспансера IV категории в диспансер III категории. К решению прилагался также план открытия туберкулезных больниц и отделений в районах Павлодарской области на 1955-1957 годы. Было решено развернуть по районам области 220 коек для больных туберкулезом.

В этом же, 1955 году, был поставлен вопрос об организации в области хирургического лечения больных туберкулезом. Приведем цитату из письма главного врача Павлодарского областного противотуберкулезного диспансера Нины Никитичны Шипиловой, написанного ею в 1955 году в Казахский научно-исследовательский институт туберкулеза: «Тубприемы ни в одном районе области не организованы из-за отсутствия врачей фтизиатров... Врачи терапевты отказываются работать по туберкулезу. Хирургическое лечение туберкулеза не организовано из-за отсутствия в области хирурга, владеющего легочными операциями. Облздравотдел подбирает кандидатуру хирурга для посылки в Москву на специализацию по легочной хирургии. Второе обстоятельство, мешающее налаживанию хирургической работы - это отсутствие базы для развертывания хирургического блока. В штате диспансера нет должности хирурга».

В 1956 году областной противотуберкулезный диспансер являлся диспансером IV категории, был размещен в двух малоприспособленных помещениях с общей площадью 265 кв. м. Под палатами было занято всего 93,7 кв. м. Сюда госпитализировались больные городов и районов области, в основном с открытыми формами туберкулеза. Стационар по штату имел 35 коек; на одну койку больного в среднем приходилось 2,6 кв. м. при норме 9 кв. м. Недостаточность площади тубдиспансера и большая перегрузка создавала тяжелые условия для лечения больных, а также для работы обслуживающего персонала больницы, что вело к заражению и заболеванию их туберкулезом. Так, в 1954-1955 годы из 54 медицинских работников заболело 23 человека, которые до поступления в тубдиспансер туберкулезом не болели. 10 и 23-х заболевших получили

инвалидность III и II группы.

В целях строго соблюдения всех правил режима туботделения и предотвращения дальнейшего заражения и заболевания медработников туберкулезом, областная санитарно-эпидемиологическая станция предложила главному врачу Н.Н. Шипиловой сократить количество, коек в стационаре облтубдиспансера с 35 до 25. Шипилова в «Справке об условиях работы стационара областного противотуберкулезного диспансера» от 14 апреля 1956 г. ответила: «Сокращение количества коек еще больше ухудшит стационарную помощь туберкулезным больным. Улучшить положение облтубдиспансера можно только за счет обмена помещения на более приспособленное или разрешить вопрос о постройке щитосборного дома за счет треста совхозов на территории существующего в данное время диспансера».

Учитывая неудовлетворительное положение дел в области с оказанием противотуберкулезной помощи, заместитель Министра здравоохранения Казахской ССР в своем письме заведующему Павлодарским облздравотделом от 10 июня 1955 г. предлагал в месячный срок реорганизовать областной противотуберкулезный диспансер в диспансер I категории, независимо от того, какой категории был ранее, укомплектовав медицинскими кадрами.

Но только в 1957 году Павлодарский облздравотдел нашел возможность перевести облтубдиспансер из IV категории в I на 100 коек. В этом же году были открыты противотуберкулезные диспансеры в г. Экибастузе, в п. Майкаине, противотуберкулезные кабинеты в детской больнице города Павлодара и некоторых районных центрах.

Таким образом, сеть противотуберкулезных учреждений Павлодарской области в 1957 году была представлена следующим образом:

1. Областной противотуберкулезный диспансер первой категории со стационаром на 100 коек.
2. Тубдиспансер шестой категории со стационаром на 50 коек в п. Майкаин.
3. Тубдиспансер шестой категории со стационаром на 35 коек в п. Экибастуз.

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

4. Костнотуберкулезное отделение на 45 коек при детской больнице г. Павлодара.

5. Тубпалата на 10 коек для костнохирургических больных в областной больнице.

6. Менингитная палата на 10 коек при детской объединенной больнице г. Павлодара.

7. Тубпалата на 5 коек при районной больнице с. Железинка Урлютюбского района.

8. Тубпалата на 10 коек при районной больнице с. Майск Майского района.

9. Тубпалата на 10 коек при районной больнице с. Краснокутск Куйбышевского района.

10. Тубпалата на 10 коек при участковой больнице с. Семиярка Бескарагайского района.

11. Детский легочный санаторий на 50 коек для детей с неактивными формами легочного туберкулеза в г. Павлодаре.

Итого по области в 1957 году насчитывалось 325 туберкулезных коек, из них легочных стационарных - 190, менингитных - 10, костно-туберкулезных - 75.

В «Статистических материалах по туберкулезу, в Казахской ССР» за 1960-1972 годы, подготовленных Казахским научно-исследовательским институтом туберкулеза,

Павлодарская область представлена следующими цифрами (Таблица 2).

Рост числа больных туберкулезом в 70-е годы требовал принятия новых неотложных мер по борьбе с коварной болезнью, ежегодно уносящей сотни жизней. Вопросы оказания квалифицированной, отвечающей современным требованиям противотуберкулезной помощи неоднократно обсуждались на заседаниях облисполкома. В результате совместных усилий местных органов власти, руководителей облздравотдела и, конечно же, строителей в 1972 году область получила новое типовое здание противотуберкулезного диспансера, в котором было размещено сразу 400 коек, несмотря на запланированные – 240. Численность сотрудников диспансера на 1 января 1973 г. составила 340 человек, из них врачей 38, средних медицинских работников - 142, младших - 81, прочих -- 79. Со сдачей нового диспансера улучшилась помощь больным, были выделены койки для подростков и урологических больных, стало применяться бронхологическое обследование, была создана централизованная бактериологическая лаборатория.

Таблица 2. - Данные по заболеваемости туберкулезом в Павлодарской области

Годы	Число больных туберкулезом		Число умерших, от туберкулеза больных
	общее	из них активной формы	
1960	7013	6249	Нет сведений
1961	8725	5825	261
1962	7801	5601	286
1963	9641	6803	204
1964	9718	6801	167
1965	9319	6033	200
1966	9168	5604	190
1967	9144	5504	201
1968	9123	5143	165
1969	9249	5100	180
1970	9425	5237	196
1971	9576	5208	167
1972	9609	5353	181

И если в 1955 году в области не было ни одного хирурга, владеющего легочными операциями, то в 1972 году было сделано уже

100 таких операций. Операции на легких производились и в 60-е годы в старом здании тубдиспансера, но фтизиохирургическое

отделение не отвечало самым элементарным требованиям. Так, в Справке о работе отделения за 1970 год читаем: «В отделении нет ни одной функциональной кровати, из медоборудования нет дефибриллятора, аппарата для искусственного дыхания. Нет отдельно выделенной послеоперационной палаты, необходимой для интенсивного ухода за послеоперационными больными».

С вводом в действие нового тубдиспансера хирургическое отделение, рассчитанное на 50 коек, разместилось в девяти палатах, получило новый типовой операционный блок, специальное перевязочные и процедурные кабинеты.

Открытие нового диспансера в 1972 году явилось значительным шагом в развитии противотуберкулезной помощи в области.

КРОВОЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА

Абдикова Г. К.

КГКП «Экибастузская городская больница», г. Экибастуз

Цель. Жизненная важность кровозаместительной терапии в лечении больных с повреждениями костей таза должна быть неоспоримой основой комплексного лечения больных с данной травмой. Лечение пострадавших с повреждениями костей таза остается актуальной проблемой практической медицины, которое обусловлено неудовлетворяющими результатами оказываемой медицинской помощи, среди которых в первую очередь является высокая летальность, достигающая 70-80%.

Материалы и методы.

На протяжении 2009-2010 годов в нашей больнице находились на лечении 38 пострадавших с травмами таза. Возраст их колебался от 17 до 49 лет. Средний возраст составил - 26,5 лет. Все пациенты были мужского пола. Причиной повреждений были: автодорожная травма 11, производственная - 7, бытовая - 1. Определяющим механизмом получения травм было сдавление туловища в прямой проекции. Предгоспитальный период составлял 2-6 часов. Все пациенты поступали в шоковом состоянии, тяжесть которого варьировала от 2 до 4 степени. С момента поступления производилась катетеризация 2 и более центральных вен с переливанием полиглюкина, рефортана, альбумина,

гормонов до определения группы крови реципиента с последующим переливанием компонентов крови: фильтрованная эритроцитарная взвесь, эритроцитарная масса, отмытые эритроциты, плазма в различных видах приготовления. Объем кровозаместительной терапии в первые сутки колебался от 1,5 до 4 литров и зависел от сложности повреждения костей таза, объема забрюшинной гематомы, показателей центральной гемодинамики, лабораторных анализов и клинических проявлений. Переливание компонентов крови продолжалось на протяжении 3-5 суток.

Результаты.

В результате лечения 15 больных вернулись в производство, 16 человек стали инвалидами, 7 больных умерло, что составило 18,4%.

Выводы.

Многокомпонентная кровоза-мещающая терапия является основой противошокового инфузионного лечения пострадавших с травмами костей таза в первые часы поступления в стационар, которая является необходимой и в последующие несколько суток вплоть до достижения стабильности системы кровотока пациента.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ

Абдикова Г.К.

КГКП «Экибастузская городская больница»

Цель. Определение целесообразности проводниковой анестезии при оперативных вмешательствах на органах нижнего этажа брюшной полости и малого таза, а также при операциях на нижних конечностях.

Материалы и методы. В течение 2009-2010 годов мною проведено 187 анестезий при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и малого таза, а также при вмешательствах на нижних конечностях, в т.ч. при аппендиците – 31, при внематочной беременности – 27, при апоплексии яичника – 19, при остеосинтезе бедра – 41, при остеосинтезе костей голени – 29, при операциях на коленном суставе – 40.

В 51 случае использовался внутривенный наркоз, при 17 операциях – эндотрахеальный наркоз, 87 раз применялась эпидуральная анестезия, 32 раза – спинномозговая анестезия.

Результаты. После эндотрахеального и внутривенного наркозов требовалось время: от 1 до 5 часов, для пробуждения больного,

восстановления самостоятельной функции органов дыхания и сердечной деятельности. На данные виды анестезии использованы значительное количество лекарственных средств, стоимость которых колебалась от 5500 до 14700 тенге. При регионарной анестезии качество обезболивания, его продолжительность отвечало клинической потребности. Данный вид обезболивания чаще не требует дополнительного анестезиологического мониторинга за больным, не требует значительных затрат при своем проведении.

Выводы. Регионарная анестезия при неосложненных формах острых воспалительных процессов в нижних этажах брюшной полости, при многих плановых ситуациях, а также при вмешательствах на нижних конечностях, обладает более совместимыми с макроорганизмом клиническими взаимосвязями, а также имеют более выгодный экономический эффект.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОГО АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Абжанова С.А., Медеуова С.С., Емилева К.А., Оразгалиева С.Т., Аканова М.С.

*Поликлиника №1, г. Экибастуз,
Экибастузский филиал ТОО «Медицинский центр ЕВРАЗИЯ», г. Экибастуз*

В последние годы в терапевтической практике широкое применение находят антагонисты кальция пролонгированного действия. В отличие от первого поколения антагонистов кальция (верапамин, нифедипин) препараты амлодипина оказывают пролонгированный дозозависимый антигипертензивный эффект.

Цель исследования. Дать клиническую

оценку эффективности пролонгированного антагониста кальция в лечении больных артериальной гипертонии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 21 больных с артериальной гипертонией 2-3 стадии при сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Средний возраст составлял $54,3 \pm 4$

года. Среди них было 13 мужчин и 8 женщин.

Больным был назначен препарат «Стамло» (амлодипин), производитель «Д-р Редди с Лабораторис Лтд», в дозе 5 мг 1 раз в сутки с постепенным повышением дозы в течении первой недели до 10 мг.

Всем больным проводились инструментально-лабораторные исследования до и после лечения.

Результаты исследования. На фоне 2-недельного курса лечения препаратом «Стамло» отмечалось улучшение клинических и гемодинамических показателей. Это проявлялось уменьшением частоты приступов стенокардии, стабилизацией АД. Препарат не оказывал влияния на число сердечных

сокращений. При этом «Стамло» оказывает не только гипотензивное, сосудорасширяющее действие, но и антиангинальное воздействие.

По данным ЭКГ у 83,6% больных уменьшились явления систолической перегрузки левого желудочка, не отмечалось ухудшения атриовентрикулярной проводимости. Больные лечение переносили хорошо, многих привлек однократный суточный прием препарата.

Выводы. Препарат «Стамло» оказывает антигипертензивный эффект за счет прямого расслабляющего влияния на гладкие мышцы сосудов, понижением общего периферического сопротивления сосудов.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Абжанова С.А., Медеуова С.С., Емилева К.А., Оразгалиева С.Т., Аканова М.С.

*Поликлиника №1 г. Экибастуз,
Экибастузский филиал ТОО «Медицинский центр ЕВРАЗИЯ», г. Экибастуз*

В повседневной практике врача, часто встречаются случаи побочных эффектов об применение лекарственных средств. Распознать эти эффекты порой бывает сложно – они могут проявляться нарушениями практически в любых функциях и симптомами, характерными для основного заболевания. Другим фактором могут служить обилие лекарственных средств, в том числе безрецептурных. Их наименований так много, что ни врач, ни тем более больной не могут запомнить все показания, противопоказания и побочные эффекты. Проконтролировать же прием назначенных или безрецептурных средств в амбулаторных условиях крайне сложно.

По данным зарубежных авторов, для амбулаторных больных вероятность побочных эффектов достигает до 20 %, если больной принимает 6-10 препаратов.

Основная часть побочных эффектов приходится на небольшое число широко используемых средств, таких как аспирин, нестероидные противовоспалительные препараты, диуретики, антикоагулянты, глюкокортикоиды, антимикробные, сахаропонижающие средства. Особо следует

отметить побочные эффекты лекарственных средств у пожилых пациентов. При опросах пожилых людей, принимающих препараты в домашних условиях, оказалось, что у 10% по меньшей мере 1 раз в год возникают побочные эффекты от лекарственных средств. Отсюда следует, что при назначении в пожилом возрасте лекарственного лечения нужно учитывать возможность сниженной почечной или печёночной элиминации. Надо помнить, проявления побочных эффектов в этой возрастной группе могут быть стертыми.

Каковы же причины побочных эффектов лекарственных средств? Большинство побочных эффектов можно отнести к двум типам. Первое – это просто чрезмерная реакция на препарат. Ко второму типу относятся побочные эффекты, не связанные с основным фармакологическим действием препарата. Они бывают неожиданными и часто довольно тяжёлыми. Иногда их механизмы остаются неизвестными.

Выводы:

1. Лекарственных средств без побочных эффектов не существует.
2. При тяжелых заболеваниях опасность побочных эффектов всегда сопоставлять эту

опасность с преимуществами медикаментозного лечения.

3. Для снижения побочных эффектов лекарственных средств широко использовать системную энзимотерапию.

4. Людям подверженным к аллергическим заболеваниям, лучше ориентироваться на различные методы альтернативной медицины.

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ПОТЕРИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ НА РАЗВИТИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Абыкешева Г.А.

МУ «Областная стоматологическая поликлиника»

Наиболее частыми клиническими проявлениями частичной потери зубов является формирование зубочелюстных деформаций. Степень выраженности этих нарушений во многом зависит от возраста, в котором были удалены зубы, то есть чем раньше произошла потеря зубов, тем более выражена степень деформации.

Одной из основных причин раннего разрушения и потери молочных зубов является кариес и его осложнения, что наблюдается более, чем у 57,6% детей. В молочных зубах наблюдается быстрое течение кариеса, что объясняется структурными особенностями зубных тканей и происходящими в них биохимическими изменениями. Потеря молочных зубов раньше, чем за один год до периода их физиологической смены, считается

преждевременной.

Материал и методы. Профилактический осмотр 200 школьников младшего школьного возраста. Осмотр проводился с использованием стоматологического зонда и зеркала. Выявлялось количество удаленных молочных зубов и расположение прорезавшихся постоянных зубов. Также изучались диагностические модели и рентгенограммы челюстей.

Результаты и обсуждение. К 9 годам ребенок теряет молочные зубы в результате физиологической смены резцов и первых моляров. Место для первых постоянных моляров создается за счет гармонического сочетания мезиального сдвига впереди расположенных зубов и преимущественного роста тела челюсти в дистальном направлении.

Таблица - Результаты проведенных осмотров школьников в возрасте от 6 до 8 лет.

Зубы	Количество удаленных зубов			
	6 лет	7 лет	8 лет	Всего
Резцы верхней челюсти	108	49	-	157
Клыки верхней челюсти	2	6	7	15
Моляры верхней челюсти	98	131	120	349
Резцы нижней челюсти	54	-	-	54
Клыки нижней челюсти	0	0	0	0
Моляры нижней челюсти	102	125	114	341
Всего	364	311	241	916

Как видно из таблицы всего удалено 916 зубов, на одного ребенка приходится 4,6 удаленных зубов, что составляет 22%

молочных зубов.

Больше удаляется моляров, что составило 75% из числа удаленных зубов.

Преждевременная потеря молочных моляров вызывает следующие характерные морфологические нарушения: мезиальное перемещение постоянных моляров, затем премоляров из-за отсутствия места в зубном ряду, которые устанавливаются тесно с мезиальным наклоном, иногда первые премоляры могут частично занять место постоянных клыков. Развитие феномена «зубоальвеолярного удлинения» в области зубов, не имеющих антогонистов, связано с изменением формы и величины подлежащего альвеолярного отростка, при этом высота клинической коронки зуба не увеличивается.

Потеря нижних молочных моляров в большей степени приводит к деформации зубных рядов, нарушению сроков прорезывания постоянных зубов, односторонняя потеря отдельных зубов приводит к ассиметричной деформации зубоальвеолярной дуги.

После ранней потери молочных моляров нарушается миодинамическое равновесие между языком и щеками, возникают специфические вредные привычки (прокладывание языка между зубными рядами в области дефекта, сосание языка), трудноустраняемые в процессе дальнейшего лечения. В других случаях отсутствие молочных моляров вынуждает ребенка во время приема пищи смещать нижнюю челюсть вперед или в сторону. Отсутствие верхних молочных резцов приводит к дальнейшему уплощению верхней

губы и выстоянию нижней, отодвигаемой нижними резцами под давлением языка. Деформация зубоальвеолярных дуг, смещение нижней челюсти и нарушение функций зубочелюстной системы, возникающие после ранней потери молочных зубов, отражается и на формировании черт лица.

На диагностических моделях и рентгенограммах челюстей видны наиболее часто встречающиеся формы альвеолярного отростка у детей: заостренная, среднекруглая, округлая.

При заостренной форме альвеолярного отростка зачатки премоляров находятся под толстым слоем кости, среднекруглой- под тонкой костной пластинкой, а при округлой форме- под слизистой. Эти закономерности позволяют врачу предположить место расположения зачатков премоляров, не прибегая к рентгенологическому исследованию, ограничиваясь только клиническим осмотром и изучением диагностических моделей.

Выводы. Своевременное лечение молочных зубов имеет большое значение для профилактики ранней потери зубов. Преждевременное удаление зубов у детей влияет на состояние прикуса и вызывает ряд функциональных нарушений.

Литература:

1. Хорошилкина Ф.Я. руководство по ортодонтии. - М., 2007.- С.463.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ

Абыкешева Г.А.

МУ «Областная стоматологическая поликлиника»

Кариес зубов - это патологический процесс, характеризующийся очаговой деминерализацией твердых тканей с образованием кариозной полости, способный обостряться, стабилизироваться, приобретать различную активность и находиться в разной степени компенсации хронического патологического

процесса.

Согласно номенклатуре ВОЗ, при изучении пораженности населения кариесом следует выделять три показателя: распространенность, интенсивность, прирост интенсивности.

Материал и методы:

Проведенный профилактический осмотр

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

детского населения Павлодарской области позволил выявить распространенность и интенсивность кариеса у детей области.

В 2010 году осмотрено 764 детей 12 лет школ города Павлодар.

Анализ проводился по следующим

формулам:

Распространенность = число детей с заболеванием/число обследованных детей, %

Интенсивность = Сумма индексов КПУ+кп у обследованных детей/ Число детей, имеющих кариес среди обследованных.

Таблица 1. - Распространенность и интенсивность кариеса среди обследованных детей разных регионов Республики Казахстан (Алдашева М.А., 2004 г.).

возраст	12 лет	
	Распространенность	Интенсивность
западный	67.8	1.99+ 0,66
центральный	65,8	1.72+0,15
южный	46.6	1.23+0.07
восточный	70.4	2.08+0.06
северный	62.6	2.04+0.02
итого	62.6	2.04+0.02

Таблица 2. - Распространенность кариеса по ВОЗ.

Значение распространенности	Уровни распространенности
0-30%	Низкий
31-80%	Средний
81-100%	высокий

Уровни интенсивности кариеса зубов у детей 12 лет: очень низкий - КПУ от 0 до 1,1; низкий - КПУ от 1.2 до 2.6; средний - КПУ от 2.7 до 4.4; высокий - КПУ от 4.5 до 6.5; очень высокий - КПУ от 6.6 и выше

Результаты и обсуждение:

По нашим данным распространенность кариеса у 12 летних детей составила - 80%, что относится к среднему значению распространенности; интенсивность - 2,6 - среднее значение. Для сравнения показателей использовали республиканские показатели: как видно из таблицы 1, показатели распространенности кариеса у 12-летних детей города Павлодара в сравнении с республиканскими значениями соответствует 80%, что является средним уровнем, таблица 2. Показатель уровня интенсивности кариеса зубов у детей города Павлодара составил 2,6, республиканский показатель - 2,04, что по

данным ВОЗ соответствует низкому уровню заболеваемости кариесом.

Выводы. Таким образом, анализируя проведенные исследования необходимо отметить, что заболеваемость кариесом у 12-летних детей города Павлодара полностью соответствует показателям ВОЗ. Распространенность кариеса является средней, а уровень интенсивности – низкий.

Литература:

1. Супиев Т.К. Лекции по стоматологии детского возраста. Алматы. «Стомлит». - 2006г. - С.100-101
2. Алдашева М.А. Влияние факторов окружающей среды на стоматологическую заболеваемость детей и подростков в Республике Казахстан и разработка мер профилактики: автореф. док.дисс. – Алматы, 2001.- С.37.

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Азмагамбетова З. А., Исакова А.К., Нурмакина С.К., Тулебаева Н.М., Уалиева Ш.А.

Поликлиника №3, Поликлиника №1, г. Экибастуз

К основным задачам лечения сахарного диабета относятся: ликвидация субъективных и объективных симптомов заболевания, профилактика диабетических ком и поздних осложнений (диабет нефропатия и ретинопатия и т.д.).

Цель работы. Оценка влияния образа жизни на результаты лечения сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 28 больных с сахарным диабетом 2 типа. Среди обследованных больных уровень сахара перед началом наблюдения (натощак) составлял <7,5 ммоль/л, после еды - <85 ммоль/л. Всем больным, согласно Международной рекомендации ADA/EASD, 2006г., были даны рекомендации по изменению образа жизни, и в течение

последующих шести недель они находились под наблюдением врача.

Результаты. Проведённые исследования показали, что через шесть недель на фоне изменения образа жизни при сахарном диабете 2 типа компенсация умеренного обмена была достигнута у 25% больных. Полученные результаты ещё раз свидетельствуют о важности требуемых рекомендаций больным сахарным диабетом, таких как многократный прием пищи, маленькими порциями, ограничение жиров, прием витаминов, отказ от алкоголя и курения и т. д.

Выводы. Рекомендации, включенные в программу лечения сахарного диабета, в 25% случаев достигается компенсацией углеводного обмена.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОБИОТИКОМ «БИФИФОРМ» БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С ЯВЛЕНИЯМИ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА

Азмагамбетова З. А., Исакова А.К., Нурмакина С.К., Тулебаева Н.М., Уалиева Ш.А.

Поликлиника №3, Поликлиника №1 г. Экибастуз

«Бифиформ» (ферросан – А /С, Дания) – комбинированный препарат, содержащий бифидобактерии и энтерококки. Препарат обладает широким спектром антагонистической активности в отношении патогенных и условно-патогенных бактерий. Выпускаются в капсулах, устойчивых к желудочному соку.

Цель настоящего исследования - оценка клинико-лабораторной эффективности лечения пробиотиком «Бифиформ» с острыми и хроническими заболеваниями ЖКТ с явлениями дисбактериоза кишечника.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 48 взрослых больных, из них 26

пациентов (основная группа) принимали Бифиформ и 12 пациентов (группа сравнения) – бифидо и лактосодержащие пробиотики, 10 пациентов (контрольная группа) находились на базисной терапии. Продолжительность терапии во всех группах составляла от 2-х до 4-х недель в зависимости от выраженности дисбактериоза.

Всем пациентам проводилось комплексное исследование: клинические, бактериологические (на наличие патогенных и условно-патогенных бактерий), исследовался кал на дисбактериоз в динамике болезни.

Результаты. Анализ показал, что

включение пробиотика «Бифиформ» в комплексную терапию пациентам оказывал более положительное влияние на сроки исчезновения интоксикации, диспепсических явлений, нормализации стула. На фоне лечения пробиотиком быстрее исчезли условно-патогенные бактерии, грибы рода *Candida*, достоверно значимо уменьшилось число больных с выраженными дисбиотическими нарушениями в кишечной флоре по сравнению с другими группами, выявлена высокая эффективность пробиотика «Бифиформ» у пациентов страдающих

аллергозами и аллергодерматозами.

Данные копрологического анализа у пациентов получивших Бифиформ указывали на нормализацию PH, количество нейтральных кислот, а так же солей жирных кислот.

Выводы. Исследуемый пробиотик «Бифиформ», включенный в комплексную терапию пациентам с заболеванием ЖКТ и явлениями дисбактериоза кишечника, оказывал более положительное влияние на клинические и лабораторные показатели.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Азмагамбетова З.А.

Поликлиника №3, г. Экибастуз

Пребывание в условиях загрязнения воздуха агрессивными поллютантами у жителей промышленных городов способствует возникновению и усугублению течения хронических бронхолегочных заболеваний, в том числе хронических обструктивных заболеваний легких.

Цель. Оценка изучить эффективность применения препаратов «ЖКТ транзит» и «ЛимфоТранзит» у больных с ХОБЛ в сочетании с пробиотиками.

Материалы и методы. Обследовано 32 больных, у 24 из них проведена сравнительная оценка эффективности применения препаратов «ЖКТ Транзит» и «ЛимфоТранзит» с помощью спирометрии в динамике. «ЖКТ транзит» назначался по 1 саше на 100 мл воды 1раз в день. Препарат способствует восстановлению нормальной работы желудочно-кишечного тракта путем создания клинически благоприятных условий для развития собственной микрофлоры. «Лимфотранзит» назначался по 4 чайные ложки (20 мл), растворялся в 1 литре воды и принимался в течение дня. Растительные

компоненты БАД «Лимфотранзит», очищая лимфатическую систему, улучшают её и дренажно-детоксикационную функцию.

Результаты. Полученные результаты показали, что у 68% больных ХОБЛ принимавшие бронхолитики и БАД достоверно ($P<0,01$) раньше улучшились спирографические показатели функции внешнего дыхания, отражающие проходимость бронхов крупного и среднего калибров, быстрее уменьшалась частота обострения в течение года. Раньше, чем в группе сравнения, исчезли признаки общей интоксикации, увеличилось количество мокроты при облегчении её отхождения, наблюдалось нормализация функция желудочно-кишечного тракта.

Выводы:

1. Комплекс терапии ХОБЛ, с включением препаратов БАД «ЖКТ транзит» и «Лимфотранзит» приводит к значительному улучшению функции внешнего дыхания

2. Результативность лечения позволяет рекомендовать широко использовать данные препараты больным ХОБЛ в амбулаторно-клинической практике.

НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Азмагамбетова З.А.

Поликлиника №3, г. Экибастуз

Современные зарубежные исследования, в которых оценивался уровень контроля бронхиальной астмы (БА), достигаемый на практике у пациентов, показывают разноречивые результаты (1). Недавнее исследование INSPIRE (2), в котором принимали участие 50 врачей в 8 странах Европы, осуществлялось с помощью телефонных интервью и вопросников ACQ (Asthma Control Questionnaire). В исследование было включено 2406 больных БА (средний возраст – 44 года, длительность заболевания – 16 лет), из которых 30% принимали ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), а 70% – ИГКС и β_2 – агонисты длительного действия (ДД). Несмотря на то, что все пациенты получали противовоспалительную терапию, хороший контроль БА был достигнут только у 30% из них. При этом оказалось, что 74% пациентов ежедневно принимают β_2 – агонисты короткого действия для снятия симптомов БА. Таким образом, несмотря на регулярную базисную терапию (ИГКС или ИГКС+ β_2 – агонисты ДД) у большинства больных БА контролируется недостаточно и нарушает все аспекты качества жизни. Установлено, что ошибки в технике ингаляции с использованием дозированных аэрозольных ингаляторов (ДАИ), значительно снижают эффективность терапии и способствуют развитию неконтролируемой БА (3).

Цель исследования. Установить причины неконтролируемой БА при проведении поддерживающей терапии с использованием

ДАИ.

Материалы и методы: Проведена оценка техники ингаляции у 18 пациентов с неконтролируемой БА в возрасте от 28 до 52 лет, получающих ингаляционные глюкокортикостероиды в форме ДАИ. Объем поддерживающей терапии назначался лечащим врачом в соответствии с тяжестью течения БА.

Результаты и их обсуждение. У 50,3% больных отсутствовала синхронизация вдоха с действием ингалятора, у 33% - ошибки были в неправильном положении головы (часть пациентов наклоняли голову вперед, часть – запрокидывали голову назад). 78% больных не задерживали дыхание на высоте вдоха на 10 секунд, 24% больных забыли встряхнуть ингалятор перед использованием. И только 32% больных довольны обучением, проводимым медицинскими работниками о правилах использования ДАИ.

Выводы: Частыми причинами неконтролируемой БА являются ошибки в технике ингаляции с использованием ДАИ, что требует непрерывного обучения больного.

Литература:

1. Ненашева Н.М. Новые возможности достижения контроля бронхиальной астмы. Пульмонология и аллергология. 2, 2009. С.28
2. Partridge M.R. et al. // BMC Pulm. Med. 2006.V6. P.13.
3. Peters S.P. et.al. // J. Allergy Clin. Immunol.2007. V.170. P. 836.

ПРИМЕНЕНИЕ БАД «СЕРДЕЧНЫЕ ТРАВЫ» ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Азмагамбетова З.А., Исакова А.К., Нурмакина С.К., Тулебаева Н.М., Уалиева Ш.А.

Поликлиника №3, Поликлиника №1, г. Экибастуз

Целью исследования явились оценка эффективности и безопасности применения

БАД «Сердечные травы» при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Материалы и методы. В исследование было включено 38 пациентов обеих полов (средний возраст $60,2 \pm 1,3$), получившие «Сердечные травы» по 1 таблетке 3 раза в сутки. В составе препарата настойка боярышника, валерианы, аспарагинат магния.

Всем больным проводились биохимические и инструментальные исследования.

Результаты. В результате монотерапии нейроциркуляторной дистонии с использованием БАД «Сердечные травы» у всех пациентов отмечалась положительная динамика психоэмоциональных и соматовегетативных симптомов, в 100% наблюдений у пациентов с кардиалгическим синдромом интенсивность последнего уменьшалась в среднем в 3,5 раза (по условной визуальной шкале). У пациентов с НК 2ст., получавших БАД в комплексной терапии в качестве метаболического и фитоседативного средства, уменьшилась степень декомпенсации в 84% случаев без

увеличения базовой терапии (глюкозидами или ингибиторами АПФ в сочетании с диуретиками). У пациентов с гипертонической болезнью был отмечен отчетливый диуретический эффект, улучшение показателей центральной гемодинамики. У пациентов с ожирением по данным биохимических исследований была отмечена тенденция к улучшению показателей липидного спектра и уровня гликемии. У всех пациентов отмечено улучшение самооценки качества жизни и сна.

Выводы. Проведенные исследования показали, что БАД «Сердечные травы» оказывает положительное воздействие на состояние миокарда, нервную систему и течение заболевания в целом. БАД «Сердечные травы» может быть эффективен при профилактике и лечении функциональной патологии сердечно-сосудистой системы, особенно при нейроциркуляторной дистонии с кардиалгическим синдромом.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Байказаква С.С.

ГУ «Павлодарский областной детский противотуберкулезный санаторий»

В прошедшее пятилетие произошло снижение некоторых показателей распространенности и смертности населения от социально значимых заболеваний. В цели, поставленные Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, включены такие показатели как снижение заболеваемости туберкулезом до 94,7 случаев и снижение смертности от туберкулеза до 11,6 на 100 тысяч населения к 2015 году.

Цель работы: сравнить затраты на здравоохранение и показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза в странах Европейского региона Всемирной Организации Здравоохранения.

Материалы и методы. Для изучения были использованы материалы базы данных «Здоровье для всех», созданной Европейским региональным бюро ВОЗ. Было проведено сравнение показателей заболеваемости, распространенности, смертности от туберкулеза и рядом финансовых показателей (внутренний валовой продукт на душу населения, подушевые затраты на здравоохранение) в 45 странах региона. В исследование включены показатели 2009 года, были исключены страны с неполным набором данных. Расчет статистических показателей проводился в программе MS Excel.

Результаты. В группе стран с показателем заболеваемости туберкулезом менее 94,7 на

100 тысяч населения (35 стран) величина внутреннего валового продукта на душу населения составила от 6601 до 83759 USD (медиана 31245); величина расходов на здравоохранение составила от 102,3 до 5003 USD (медиана 2886).

В группе стран с показателем заболеваемости туберкулезом более 94,7 на 100 тысяч населения (10 стран) величина внутреннего валового продукта на душу населения составила от 1906 до 16568 USD (медиана 6137); величина расходов на здравоохранение составила от 22,9 до 686,3 USD (медиана 289,2).

В группе стран с показателем смертности от туберкулеза менее 11,6 на 100 тысяч населения (36 стран) величина внутреннего валового продукта на душу населения составила от 4961 до 83759 USD (медиана 30291); величина расходов на здравоохранение составила от 133 до 5003 USD (медиана 2787).

В группе стран с показателем смертности от туберкулеза более 11,6 на 100 тысяч населения (10 стран) величина внутреннего валового продукта на душу населения составила от 1906 до 16568 USD (медиана 6137); величина расходов на здравоохранение составила от 22,9 до 482,7 USD (медиана 220,5).

Коэффициент корреляции по Пирсону между величиной внутреннего валового

продукта на душу населения и показателями заболеваемости, распространенности и смертности составил соответственно - 0,66, - 0,63, - 0,59.

Коэффициент корреляции по Пирсону между величиной подушевых расходов на здравоохранение и показателями заболеваемости, распространенности и смертности составил соответственно - 0,71, - 0,67, - 0,63.

Выводы. Между показателями заболеваемости, распространенности, смертности от туберкулеза и финансовыми возможностями государства, затратами на здравоохранение существуют сильная отрицательная корреляционная связь; с наибольшим значением при оценке связи между величиной расходов на здравоохранение и первичной заболеваемостью.

В странах, в которых показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза соответствуют определенным в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» целям, подушевые затраты на здравоохранение и величина валового продукта на душу населения значительно превышают показатели для стран с худшими значениями заболеваемости и смертности.

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ САНАТОРИЙ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Байказокова С.С.

ГУ «Павлодарский областной детский противотуберкулезный санаторий»

Детские противотуберкулезные санатории занимают особое место в системе борьбы с таким социально значимым заболеванием как туберкулез. Основным их предназначением является проведение лечения больных туберкулезом детей на втором этапе в поддерживающей фазе и химиопрофилактика туберкулеза у лиц из групп риска.

В Республике Казахстан они создаются для

детей и подростков с ранними проявлениями туберкулезной инфекции, с малыми и затихающими формами туберкулеза и из очагов туберкулезной инфекции и являются государственными учреждениями общественного воспитания детей и подростков, осуществляющими их лечение, оздоровление, гармоническое развитие и обучение. Принимаются дети и подростки, состоящие на

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

учебе противотуберкулезного диспансера

Цель работы: провести анализ оздоровительной работы Павлодарского областного детского противотуберкулезного санатория в 2001 – 2010 годах.

Материалы и методы. Для изучения были использованы материалы годовых отчетов Павлодарского областного детского противотуберкулезного санатория за 2001 –

2010 годы. Прослежена динамика в изменении структуры госпитализации и длительности лечения. Расчет статистических показателей проводился в программе MS Excel.

Результаты. За десять лет (с 2001 по 2010 годы) в Павлодарском областном детском противотуберкулезном санатории было пролечено более семи тысяч пациентов (таблица 1).

Таблица 1.

Патология	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
Гиперергия	83	174	135	128	151	150	154	152	95	63	1285
Вираз	19	42	40	48	46	32	37	107	150	209	730
Тубинфицирование	12	25	24	33	31	26	20	52	33	35	291
Контакт БК+	133	150	155	202	242	202	248	193	220	245	1990
Контакт БК-	88	100	104	139	119	113	150	157	198	177	1345
ПТК	38	41	53	42	34	29	23	17	13	9	299
ТВГЛУ	119	140	192	177	116	118	89	55	48	44	1098
Прочие	20	12	28	34	16	16	14	5	6	2	153
Всего	512	684	731	803	755	686	735	738	763	784	7191

Таблица 2.

Патология	Всего	%	% с накоплением
Контакт БК+	1990	27,7%	27,7%
Контакт БК-	1345	18,7%	46,4%
Гиперергия	1285	17,9%	64,2%
ТВГЛУ	1098	15,3%	79,5%
Вираз	730	10,2%	89,7%
ПТК	299	4,2%	93,8%
Тубинфицирование	291	4,0%	97,9%
Прочие	153	2,1%	100,0%

Основной контингент в изучаемый период составили дети, нуждающиеся в химиопрофилактике (таблица 2).

В число прочих вошли пациенты со следующей патологией: туберкулез органов дыхания – 70 случаев (инфильтративный (20), диссеминированный (5), очаговый туберкулез (1), туберкулома легких (1), туберкулезный плеврит(43)); туберкулезный менингит -3 случая; туберкулез других органов – 53 случая (туберкулез периферических лимфатических

узлов (24), туберкулез кишечника и брыжеечных лимфатических узлов (10), туберкулез костей и суставов (10)); туберкулез мочевыделительной системы – 19 случаев, туберкулезный кератоконъюнктивит – 9 случаев, милиарный туберкулез – 9 случаев; поствакцинальная аллергия – 4 случая.

За десять лет работы произошли изменения в структуре помещаемых в санаторий пациентов (таблица 3)

Таблица 3.

	2001	2010	Отношение числа госпитализаций в 2010 году к показателю 2001 года
Виразж	19	209	11,00
Тубинфицирование	12	35	2,92
Контакт БК-	88	177	2,01
Контакт БК+	133	245	1,84
Гиперергия	83	63	0,76
ТВГЛУ	119	44	0,37
ПТК	38	9	0,24
Прочие	20	2	0,10

Число детей госпитализированных с виразжом туберкулиновой пробы за десять лет увеличилось в 11 раз, тубинфицированных – в 2,92 раза, контактных БК(-) в 2,01 раза, контактных БК(+) в 1,84 раза. При этом доля детей с гиперергией в 2010 году составляла 0,76 показателя 2001 года, с ТВГЛУ – 0,37, ПТК – 0,24, прочих 0,1 показателя 2001 года.

Максимум госпитализаций пациентов с ТВГЛУ отмечался в 2003 году, после 2006 года отмечается существенное снижение числа госпитализаций детей с этой патологией. В течение всего десятилетнего периода отмечается тенденция к снижению числа

госпитализаций детей с ПТК.

После 2007 года существенно увеличилась госпитализация детей с виразжом туберкулиновой пробы. Сохраняется постоянный рост числа госпитализаций детей контактных БК(+) и БК(-). Имеется тенденция к увеличению числа госпитализаций детей с тубинфицированием.

Средняя длительность пребывания на лечении не была постоянной и менялась на протяжении указанного десятилетнего периода. Данные о средней длительности пребывания на лечении в санатории представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Патология	Средняя длительность пребывания	Минимальная средняя длительность пребывания		Максимальная средняя длительность пребывания	
		дней	год	дней	год
Гиперергия	78,2	68	2002	91	2010
Виразж	87,9	71	2010	106	2001
Тубинфицирование	87,3	65	2004	140	2001
Контакт БК+	109,2	100	2010	142	2001
Контакт БК-	100,8	82	2004	142	2001
ПТК	137,4	109	2010	177	2008
ТВГЛУ	153	127	2002	172	2009

Выводы. За изучаемый период произошло изменение структуры патологии, с которой госпитализировались дети в противотуберкулезный санаторий. Отмечен рост числа пациентов нуждающихся в химиопрофилактике. Произошли изменения в средних сроках пребывания пациентов в санатории. Введение данных изменений способствовало оптимизации результатов лечения.

Литература:

1. Аксенова В.А., Леви Д.Т., Клевно Н.И. Туберкулез у детей и подростков. М., ГЭОТАР-Медиа, 2007
2. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М., Медицина, 2006

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ – КАК ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЗГА

Баткеева К.А.

Госпиталь ДВД Павлодарской области

Электроэнцефалография (ЭЭГ) – это метод исследования головного мозга, основанный на регистрации его электрических потенциалов. ЭЭГ – отражает структурно-функциональную организацию мозга, она определяется генотипом, историей внутриутробного развития, постнатальным развитием человека. При эпилепсии ЭЭГ исследование имеет особенно важное диагностическое значение. Специфика заболевания, проявляющегося периодическими приступами, возникающими часто на фоне общего благополучия и

отсутствии клинической симптоматики.

Цель работы: Диагностика собственно эпилепсии и дифференциация ее от других пароксизмальных заболеваний нервной системы среди юношей в возрасте от 16 до 25 лет.

Материалы и методы: В работе использованы обследования кандидатов поступающих на учебу по линии МВД и МЧС, проходящие военно-врачебную комиссию при госпитале ДВД Павлодарской области, в возрасте от 16 до 25 лет.

Результаты:

Годы	2008	2009	2010
Всего	240	290	250
ЭЭГ	240	290	250
В анамнезе были судорожный синдром, без изменений ЭЭГ в детстве	18=7,5%	27=9,3%	18=7,2%
В анамнезе не было судорожного синдрома, с пароксизмальными изменениями на ЭЭГ	22=9,2%	33=11,4%	22=8,8%
Годные	200	230	210
Не годные	40	60	40

На основании динамики за 2008,2009,2010г. можно увидеть, что в анамнезе – судорожный синдром в детстве без изменений ЭЭГ составляет: за 2008 год - 7,5%, за 2009 год - 9,3%, за 2010 год - 7,2%. В анамнезе не было судорожного синдрома, с пароксизмальной ЭЭГ в детстве составляет: за 2008 год - 9,2%, за 2009 год - 11,4%, за 2010 год - 8,8%.

Выводы. Полученные данные можно расценивать, что у лиц, у которых в анамнезе был однажды судорожный синдром и лиц имеющие пароксизмальные проявления даже при отсутствии клинических пароксизмальных проявлений нужно расценивать как субклинические проявления эпилепсии.

КИСЛОТОЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Бендер Н.Р., Кудайбергенова., Рыжая А.В., Исабекова А.К., Назарова М.Б.

ПФ ГМУ, г. Семей, Учреждение АП 162/4, ВА Щербактинского и Иртышского районов

Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в клинической практике гастроэнтерологов, терапевтов, педиатров, а также ряда специалистов в области хирургии на сегодняшний день занимает одну из

лидирующих позиций. Болезни органов пищеварения (БОП) составляют 22% в структуре общей заболеваемости взрослого населения в Российской Федерации (4). Наиболее распространенную группу

пациентов гастроэнтерологического профиля составляют больные с так называемыми «кислотозависимыми заболеваниями» (КЗЗ) органов пищеварения: язвенная болезнь (ЯБ), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический гастродуоденит, синдром Золлингера - Эллисона, хронический панкреатит и, опосредованно, НПВП-индуцированные гастропатии. Кислото-образование, способность желудка секретировать соляную кислоту, стимулируют гастрин, ацетилхолин, гистамин. Кислотопродуцирующая функция (КПФ) обеспечивает регуляцию пищеварения за счет воздействия на нейрональные, эндокринные и паракринные рецепторы. КПФ желудка влияет на активацию пепсиногена и денатурацию белков, регулирует кислотно-щелочное равновесие организма. В развитии органических и функциональных КЗЗ важную роль играет уровень кислотообразования в желудке. Снижение КПФ чаще наблюдается при атрофическом гастрите, новообразованиях желудка, дисбактериозах кишечника и др. Язвы 12-перстной кишки практически никогда не бывает у лиц с ахлоргидрией. Наибольший удельный вес в структуре патологии желудочно-кишечного тракта занимают КЗЗ и *Helicobacter pylori* (Hр) – ассоциированные заболевания: язвенная болезнь и хронический гастрит (5).

Открытие НР явилось основанием для пересмотра прежних представлений об этиологии, патогенезе, методах лечения этих заболеваний. Всё это обязывает практического врача у постели больного выбирать оптимальные методы исследования и лечения (1). Кислотозависимые и хеликобактерассоциированные заболевания относятся к предраковым. У каждого пациента с НР развивается гастрит – преимущественно антральной локализации, либо пангастрит. У 15-20% инфицированных людей развивается пептическая ЯБ, приблизительно у 1% - рак желудка. У инфицированных пациентов в 2-6 раз возрастает риск возникновения рака желудка и MALT-лимфомы по сравнению с неинфицированными лицами. (2). Казахстан относится к странам с высоким риском и частотой злокачественных новообразований, при этом первые по величине показатели приходятся на рак желудка, рак пищевода, рак легких. Симптоматика со стороны ЖКТ встречается довольно часто – почти у

четверти населения и у половины пациентов посещающих гастроэнтеролога. Язвенная болезнь – частая патология. В развитых странах Запада её обнаруживают у 15% населения (3). При ЯБ желудка и/или 12-перстной кишки происходит повреждение и изъязвление слизистой оболочки (СО), которое распространяется до подслизистого слоя. Кислота и пищеварительные ферменты проникают в ткани, вызывая еще большие разрушения. Заподозрить обострение ЯБ или гастрита заставляют голодные боли в эпигастральной области или усиливающиеся после еды, особенно если они купируются приемом антацидов. При рвоте происходит уменьшение болевого синдрома. Повреждение кровеносных сосудов сопровождается желудочно-кишечным кровотечением, проявляющимся появлением рвоты цвета «кофейной гущи» и/или мелены, что требует экстренной помощи. ЯБ может осложниться перфорацией с развитием перитонита, реже пенетрацией.

Основным методом диагностики КЗЗ является эзогастродуоденоскопия с прицельной биопсией СО желудка, 12-перстной кишки для гистологического исследования и определения Hр - инфекции. Оценка КПФ имеет большое значение в постановке правильного диагноза и выборе адекватного метода лечения (6).

Цель исследования. Изучение частоты основных кислотозависимых заболеваний у сельских жителей Щербактинского и Иртышского районов Павлодарской области за период 2009-2010 годов, проведение анализа количества вызовов к больным с осложнениями ЯБ по данным станции скорой неотложной медицинской помощи (ССНМП) г. Павлодара.

Материалы и методы. Проанализирована сравнительная динамика частоты заболеваний органов пищеварения за последние 2 года среди сельских жителей Павлодарской области. Изучена динамика вызовов врачей ССНМП к больным в г. Павлодаре с осложнениями ЯБ желудка и/или 12-перстной кишки за период 2009 - 2010 годов.

Результаты. Анализируя полученные данные, отмечено, что в структуре общей заболеваемости среди населения Иртышского и Щербактинского районов - больные с БОП составляли 7,4% (1801 человек) в 2009 году и

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

7,2% (1743) в 2010 году. БОП чаще встречались у женщин (58,7%). Отмечено снижение заболеваемости органов пищеварения по районам на 3,2%. Среди всех БОП чаще встречались больные с хроническим гастритом и дуоденитом (24,3%) в 2009 году и 22,1% в 2010 году. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в 2009 году зарегистрирована у 264 больных, в 2010 году у 244, чаще встречалась у мужчин (65,2 и 59,6%). Число больных с ЯБ уменьшилось в 2010 году на 7,6%.

По данным ССНМП г. Павлодара отмечен рост в 2010 г., по сравнению с 2009г., количества вызовов к больным с такими осложнениями язвенной болезни, как желудочно-кишечное кровотечение на 21,5%, перфоративная язва на 47,6%.

Выводы. В структуре заболеваемости среди населения Иртышского и Щербактинского районов отмечено снижение заболеваемости органов пищеварения на 3,2%. Несмотря на увеличение числа осложнений ЯБ желудка и/или 12-перстной кишки по данным ССНМП г. Павлодара, среди сельских жителей 2-х районов отмечалось уменьшение количества больных с данной патологией на 7,6%.

Учитывая приведенные данные результатов анализа, необходимо улучшить диагностику и выявляемость больных с БОП,

особенно с ЯБ среди сельских жителей, обеспечить контроль над течением ЯБ и её осложнениями.

Литература:

1. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. 2-е изд. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003.- С.4, 278-286.

2. Жангабылов А.К. Helicobacter pylori инфекция – современные представления, эволюция подходов к антихеликобактерной терапии: Пособие для практических врачей/ Алматы, 2011, - 24с.

3. Кешев С. Наглядная гастроэнтерология: Учебное пособие/ Пер. с англ. С.В. Демичева; Под ред В.Т.Ивашкина. - М.; ГЭОТАР – Медицина, 2008, - 136 с.

4. Лазебник Л.Б. Биологическая терапия болезней органов пищеварения // Терапевтический архив 2011; №2: 5-8.

5. Моисеенко С.В., Костенко М.Б. Опыт лечения больных с кислотозависимыми заболеваниями в Омской области. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии - 2006.- Т16, №1. С.87.

6. Саблин О.А., Гриневиц В.Б., Успенский Ю.П.и др. Функциональная диагностика в гастроэнтерологии (учебное пособие). СПб, РВМА, 2001, 33с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Бендер Н.Р., Исабекова А.К., Назарова М.Б., Кудайбергенова., Рыжая А.В.

ПФ ГМУ г. Семей, Учреждение АП 162/4, ВА Щербактинского и Иртышского районов

В последние годы отмечается неуклонный рост тиреопатий, суммарная частота которых даже вне зон эндемии достигает 20% заболеваемости. В эндемичных по зобу регионах, где проживает около трети населения Земли, эта цифра превышает 50% (4). Одной из основных причин широкой распространенности патологии щитовидной железы (ЩЖ) во всём мире считается дефицит йода (ДИ). Йод поступает в виде

неорганического йода с пищей и водой, а также он может поступать с лекарственными препаратами или контрастными веществами. Неорганический йод всасывается в кишечнике и поступает во внеклеточную жидкость в пул неорганического йода, постоянное количество которого поддерживается в пределах 100 – 150 мкг (3). Из него йод поступает в ЩЖ, где используется для синтеза гормонов. Самый большой пул органического йода содержится в

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

ЩЖ и составляет 6000 – 8000 мкг йода, в циркулирующей крови содержится 500 - 600 мкг органического йода. Около 60% йода выводится через почки, 10-15% с калом. При постоянном обмене йода между неорганическим йодом, ЩЖ, йодом, высвобождающимся при метаболизме гормонов, сохраняется равновесие между количеством поступившего йода и равным ему выведением из организма (3). Суточная потребность в йоде (ВОЗ, 2001): у детей дошкольного возраста (от 0 до 59 месяцев) - 90 мкг/сут; школьного возраста (от 6 до 12 лет) - 120 мкг/сут; у взрослых (старше 12 лет) - 50 мкг/сут. Суточная потребность в йоде у беременных и в период грудного вскармливания - 200 мкг/сут.

Метаболизм йода в ЩЖ охватывает 4 процесса: поглощение йода, синтез гормонов ЩЖ (T_4 , T_3 и rT_3), тиреоглобулина, новообразование фолликулярных клеток. T_3 и T_4 оказывают влияние на повышенный метаболизм углеводов, белков и жиров, повышенное потребление кислорода, на кальциевый обмен, рост и развитие, теплопродукцию, на головной мозг, на созревание костей и зубов.

При недостаточном поступлении йода (меньше 50 мкг/сут) в ЩЖ уменьшается выработка гормонов. Это ведет к развитию эндемического зоба и, в конечном итоге, к гипотиреозу. Термином «эндемический зоб» (ЭЗ) обозначается видимое и/или пальпируемое диффузное увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции. Основной причиной ЭЗ является недостаточное содержание йода в окружающей среде и сниженное его потребление населением с продуктами питания.

В зависимости от распространенности ЭЗ, различают sporadический и эндемический зоб. Зоб считается эндемическим, если в обследуемом регионе частота встречаемости зоба у детей младшего и среднего школьного возраста составляет более 5%.

По литературным данным для 2,0 млрд жителей Земли существует повышенный риск недостаточного потребления йода. В соответствии с критериями ВОЗ, ЮНИСЕФ, ICCIDD район может считаться свободным от ДЙ, если распространенность зоба не превышает 5% среди населения.

В Казахстане общая площадь дефицита

йода составляет 1 580 000 кв. км, что превышает половину территории, очаги эндемического зоба зарегистрированы в 16 областях (М.Е. Зельцер). Зоб имеют не менее 20% населения (как минимум каждый пятый).

На ранних стадиях развития йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ) происходит компенсаторная гипертрофия тиреоцитов, увеличение ЩЖ. Механизмы адаптации к недостаточному поступлению йода следующие (2): увеличение поглощения йода ЩЖ, преимущественный синтез трийодтиронина (T_3), уменьшение секреции йода почками, снижение содержания йода в коллоиде.

По данным ВОЗ (Хетцель, 1999) в районах с тяжелой йодной недостаточностью: у 1-10% - населения встречается кретинизм; у 5-30% - неврологические нарушения и умственная отсталость; у 30-70% - снижение умственных способностей.

Наиболее социально значимыми проявлениями ЙДЗ являются: снижение физической работоспособности, интеллектуального потенциала населения, нарушение репродуктивной функции женщин, развитие сердечно-сосудистых заболеваний, атеросклероза, ожирения и др. Развитие гипотиреоза у плода и в раннем детском возрасте приводит к нарушению умственного развития вплоть до кретинизма. Не вызывает сомнений, что последствия йоддефицита наносят ущерб не только здоровью, но и экономике. Именно поэтому вопрос борьбы с йоддефицитом должен рассматриваться как задача государственной важности (1).

Цель. Оценить распространенность и тяжесть ЙДЗ, эндемического зоба у жителей Павлодарской области за период 2008-2010 годов.

Материалы и методы. Проанализирована сравнительная динамика ЙДЗ за последние три года по данным эндокринологической службы Павлодарской области.

Результаты. Количество больных с патологией ЩЖ в 2008 году зарегистрировано - 11788, в 2009 году - 12585, в 2010 году - 16552. Общее число больных выросло в 2010 году по сравнению с 2008 годом на 40,4%. Среди всех больных с патологией ЩЖ сельские жители составили 26,3% в 2008 году, 24,5% в 2009 году, 18,7% в 2010 году, т.е. количество их уменьшилось на 7,6%. Общее

число лиц с эндемическим зобом увеличилось на 39,6%, с 7029 человек в 2008 году до 9815 в 2010 году за счет городских жителей, а среди сельских жителей отмечено снижение на 9,6%. Чаще зоб выявлялся у молодых лиц, особенно среди женщин детородного возраста. В структуре заболеваемости ЩЖ эндемический зоб составил около 60%. Отмечено в 2010 году увеличение числа больных с гипотиреозом на 20,5%, особенно среди сельских жителей (на 62%).

Выводы. Несмотря на то, что Павлодарская область относится к зонам умеренного ДЙ, отмечено увеличение числа больных с патологией щитовидной железы в 2010 году на 40,4%, а среди сельских жителей снижение на 7,6%. Количество больных с эндемическим зобом увеличилось за последние 3 года на 39,6% и составило 60% в структуре всех заболеваний ЩЖ.

Среди сельских жителей за последние три года число лиц с эндемическим зобом снизилось на 9,6%, число больных с гипотиреозом увеличилось на 62%.

Всё это говорит о необходимости проведения массовой и индивидуальной профилактики йоддефицитных заболеваний в Павлодарской области, особенно среди сельских жителей.

Литература:

1. Базарбекова Р.Б., Зельцер М.Е., Кидирмаганбетова и др. О состоянии йодного дефицита в Республике Казахстан // Медицина 2003; №1: С. 88 – 90.

2. Балоболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство. - М.: ООО «Меди-цинское информационное агентство», 2008.- 752с.

3. Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология: Учебник для медицинских вузов – ООО: «Издательство «СпецЛит», 2004. – 398 с.

4. Громак Л.А. Йоддефицитные заболевания щитовидной железы // Лечащий Врач 2007; №2: С.15.

СЛУЧАЙ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЙ ТРУДНОСТЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

Битигова Г.К.

Павлодарский областной кожно-венерологический диспансер, г. Павлодар

Ключевые слова: язвенно-некротическое поражение кожи, клинические особенности, гистологическая верификация диагноза, неэффективность лечения.

Язвенно-некротические поражения кожи представляют сложность в постановке диагноза и требуют гистологической верификации. Дифференциальный диагноз проводится между туберкулезом кожи, лимфомами, ангиитами, ретикулогистиоцитозом.

Под нашим наблюдением с января 2006 года находится больной С. 1987 года рождения, который обратился с жалобами на изъязвления кожи лица, верхних конечностей, туловища, мошонки.

Из анамнеза: родился в Монголии, считает

себя больным с детства, в возрасте 3 лет впервые появились высыпания на слизистой конъюнктивы и ротовой полости, затем высыпания стали распространяться на другие участки кожи лица и верхних конечностей. В 1993 году после обследования врачами в Монголии был выставлен диагноз: Лимфома кожи. Проведено лечение: химиотерапия, антибиотики, общеукрепляющая терапия, эффекта от проводимого лечения не наблюдалось.

В 2004 году переехал в Казахстан на постоянное место жительства. При обращении в областной кожно-венерологический диспансер города Павлодара был обследован на сифилис, туберкулез кожи, лепру, лейшманиоз, диагнозы не подтверждены.



Проводимое в течение месяца симптоматическое лечение на стационарном и амбулаторном уровне, не дало эффекта. 16 февраля 2006 года с целью уточнения диагноза и выбора тактики лечения больной

направлен в клинику КазНИКВИ г. Алматы с диагнозом: Пиодермия хроническая язвенно-вегетирующая, атипичная. Консультирован профессорами Есенгараевой З.Б., Оразымбетовой Ж. А., клинически выставлен

диагноз: туберкулез кожи, сделана биопсия.

Микропрепараты пересмотрены в Национальном центре проблем туберкулеза - данных за спецпроцесс не выявлено. Пациент по согласованию переведен в Национальный центр проблем туберкулеза для пробного противотуберкулезного лечения, где находился с 30 марта по 22 июня 2006 года. Эффекта от лечения не было.

Результат повторной биопсии от 11 апреля 2006 года: гистиоцитоз X (болезнь Хэнд-Шюллера-Крисченса), рекомендовано лечение по месту жительства совместно с онкологами.

За период с 2007 по 2011 годы, несмотря на проводимое лечение в областном кожно-венерологическом диспансере и в клинике НИКВИ кортикостероидными гормонами, цитостатиками, симптоматическими средствами, положительной динамики не было, язвенно-некротический процесс распространялся на другие участки с увеличением глубины поражения, разрушением кончика носа и носовой перегородки, изъязвлением кожи мошонки (фотографии прилагаются). Самочувствие больного не страдает, повышение температуры не отмечается, периферические лимфоузлы незначительно увеличены, подвижные, печень и селезенка не увеличены. Общеклинические и биохимические анализы крови без отклонений от нормы.

С целью уточнения диагноза, учитывая отсутствия характерных для ретикулогистиоцитоза лихорадки, гепатоспленомегалии

генерализованным увеличением лимфатических узлов, поражением лёгких и лизиса плоских костей, изменений в анализах крови, проведена повторная биопсия.

Микропрепараты осмотрены комиссионно врачами гистологами противотуберкулезного, онкологического диспансеров и врачами патологоанатомического отделения городской больницы №1. Заключение от 27 мая 2011года: Кожный ретикулогистиоцитоз с изъязвлением в сочетании с вторичным неспецифическим воспалением. Данных за туберкулез нет.

По литературным данным этиология ретикулогистиоцитоза не известна, в лечении используются цитостатики в сочетании с кортикостероидными гормонами, но эффект незначительный. В настоящее время больной выехал на лечение в госпиталь КНР. По возвращении будет продолжено диспансерное наблюдение за больным.

Литература:

1. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. В двух томах.-2 изд. перераб и доп. Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н.Мордовцева. 1999.

2. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей. Под ред. Проф.Б.А. Беренбейна, проф. А.А. Студницина.1989 .

3. Кожные и венерические болезни. Справочник. Под редакцией О.Л.Иванова. 1997.

КОНСУЛЬТАТИВНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОЕЗД «ДЕНСАУЛЫК» В ПАВЛОДАРСКОМ РЕГИОНЕ

Величко Л.Т.

ФАО «ЖГМК» «Павлодарская железнодорожная больница»

Передвижной консультативно-диагностический поезд «Денсаулык» был создан по поручению Премьер-министра РК Карима Масимова, МЧС совместно с Министерством здравоохранения и АО «НК КТЖ». Организатором и исполнителем проекта стали

правление и медицинские работники АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф».

АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф» МЧС РК представлено Центральным аппаратом Общества,

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

находящемся в г. Астана и сетью медицинских организаций из 19 филиалов, практически во всех регионах Республики Казахстан

Каждый филиал Общества представляет собой лечебно-диагностический комплекс, в составе которого функционируют стационар, поликлиника, фельдшерские пункты, медпункты, здравпункты, пункты предрейсового и предсменного медицинского осмотра, вспомогательные подразделения. Это позволяет компании осуществлять свою деятельность на всей территории страны. Данное обстоятельство выгодно отличает акционерное общество от других медицинских организаций, большинство из которых работают только в пределах одной области или региона.

Между АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф» и АО «НК «Қазақстан темір жолы» заключен меморандум по созданию лечебно-диагностического поезда. Его запуск был осуществлен в июле 2010 года.

Цель проекта - оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи железнодорожникам и членам их семей, проживающим на отдаленных станциях и разъездах, где нет доступа населения к услугам по данным видам медицинской помощи. Данный поезд также может быть использован для оказания специализированной медицинской помощи большому числу пострадавших в случае крупномасштабных чрезвычайных ситуаций, заменяя вышедшие из строя организации здравоохранения, разворачиваясь при необходимости в многопрофильную мобильную госпитальную базу.

Поезд состоит из 9 вагонов, полностью оснащенных современным медицинским оборудованием: новейший цифровой рентгенаппарат, УЗИ-аппарат экспертного класса, комплексное оборудование клинико-биохимической лаборатории, полный набор современных инструментов хирургического, офтальмологического, оториноларингологического кабинетов. Функционирует оснащенный стоматологический кабинет. Возможно проведение ЭЭГ, УЗДГ сосудов, функционирует компьютерная спирометрическая система и велоэргометр и

т.д. В составе поезда имеется дневной стационар, позволяющий помимо всего комплекса диагностики и лечения пациентов проводить малые хирургические операции. Поезд оборудован информационным блоком с программным обеспечением.

Для многих работников и пенсионеров железнодорожной магистрали, членов их семей, для населения малых станций и удаленных сельских населенных пунктов медицинский поезд является единственным способом получения квалифицированной медицинской помощи. Бригада врачей с высшей и первой квалификационной категорией Павлодарского филиала в количестве 13 человек выезжала в составе персонала поезда дважды в июле и августе 2010 года, поезд сопровождал отряд квалифицированных средних медработников.

Медицинскими работниками Павлодарского филиала было обслужено 14 станций: Май, Аксу 2, Маралды, Құрқамыс, Калкаман, Майкаин, Шідерті, Бозшакөл, Ерейментау, Тургай, Енбекшілдер, Еркіншілік, Коктобе, Экибастуз. В результате работы медицинского поезда было осмотрено и обследовано 4736 человек, к узким специалистам было сделано 14536 посещений. Наибольший удельный вес в структуре выявленных заболеваний составили болезни органов пищеварения, нервной системы, органов зрения, системы кровообращения. Каждому пациенту было проведено тщательное необходимое обследование имеющейся аппаратурой, даны конкретные рекомендации по лечению и наблюдению. Активность населения при обращении за консультативно-диагностической помощью свидетельствует о высокой потребности в ней населения отдаленных станций и разъездов.

Учитывая положительный опыт и высокую потребность населения в специализированной помощи, на 2011 год запланирован пуск двух поездов «Денсаулық» и «Жердем». Проект мобильной медицины на базе поезда «Денсаулық» получит свое дальнейшее развитие, а его потенциал будет с максимальной пользой использован на благо населения Республики Казахстан.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

Гаврильман А.С.

КГКП «Аксукая центральная больница», г. Аксу, Павлодарская область

Болезнь Пейрони – очаговая фибропластическая индукция белочной оболочки полового члена, относится к коллагенозам, встречается в возрасте 40-60 лет. Клинические проявления болезни: боль в половом члене при эрекции и искривление полового члена. Это приводит к невозможности половой близости.

Цель работы. Оценка эффективности медикаментозной терапии в сочетании с физиотерапевтическими процедурами в частности ударно-волновой терапии на очаг поражения у больных с болезнью Пейрони.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 16 пациентов в возрасте от 35 до 62 лет, длительность болезни от 6 месяцев до 1 года, искривление члена при эрекции от 10° до 90°, боли беспокоили практический до 90% пациентов. Диагноз выставлялся на основании жалоб, осмотра, наличия пальпируемых бляшек в кавернозных телах, данных ультразвуковой эхографии.

Больным проводилась комплексная терапия: витамин Е (α -токоферол) 400 МЕ х 2 раза в сутки во время еды - 30 дней; вобензим 3-5 драже х 3 раза в сутки, за 40 минут до еды - 30 дней; детралекс 1т х 2 раза в день – 20 дней.

Физиотерапевтические методы в следующей последовательности:

инфракрасный лазер 10 минут № 10, затем ультразвук 15 мин, ударно-волновая терапия вместо или после ультразвука (УВТ на аппарате «Мастер Пульс-МП-100» фирмы «КАРЛ-ШТОРЦ») с частотой 2000-2500 импульсов и силой энергии от 1.5 до 2 БАР. Проводилось до 8 процедур через 4-5 дней. Контактная среда – фастум гель.

Контроль результатов лечения проводился на основании жалоб пациента, ультразвуковых исследованиях размеров и экоструктуры.

Результаты и обсуждение

В результате проведенной терапии регресс наступал к 4-6 дню. Уменьшались боли, а к концу лечения отмечалось разрыхление бляшек и уменьшение искривления полового члена. При этом эффект физиотерапевтических процедур был значительно выше у больных, которые вместо ультразвука получали ударно-волновую терапию.

Заключение.

Применяемый мною метод комплексной медикаментозной терапии в сочетании с тройным физиотерапевтическим воздействием на очаг поражения позволяют значительно повысить эффективность лечения и добиться значительного регресса клинических проявления заболевания.

ГИДРОАДЕНИТ МОШОНКИ

Гаврильман А.С.

КГКП «Аксукая центральная больница», г. Аксу, Павлодарская область

Гидроаденит - воспаление апокриновых потовых желез возникает в подмышечных впадинах, волосистой части головы, а в редких случаях, на коже мошонки, что вызывает, порой, сложности в диагностике заболеваний органов мошонки.

Материалы и методы. Мною наблюдались ряд больных обратившихся с жалобами: на боли в мошонке, с иррадиацией в паховую область, наличие нескольких свищей с гнойным отделяемым. Данные больные направлялись в стационар с диагнозом:

«Абсцесс мошонки», «Туберкулез яичка», «Орхоэпидидимит». У одних больных это было впервые, у других подобные свищи открывались и закрывались самопроизвольно. В тяжелых случаях наблюдалась гиперемированная увеличенная мошонка, плотная и резко болезненная при пальпации с еще не вскрывшимися гнойниками, а иногда с вскрывшимися, с гнойным или серозно-геморрагическим отделяемым. При вскрытии гнойников и взятии посева из раны, был выделен золотистый стафилококк, а в свищевых ходах при гистологическом обследовании определялась псевдоэпителиоматозная гиперплазия.

В комплекс лечения, помимо вскрытия и дренирования гнойников, назначались антибиотики сроком до одного месяца. В острой стадии - цефалоспоринового ряда, а в хронической - эритромицинового ряда. Использовались мазевые повязки с антибиотиками, иммуностимуляторы - имунофан, полиоксидоний, циклоферон, физиотерапевтические процедуры - УФО, УВЧ.

Результаты. Данные наблюдения свидетельствуют о том, что гидроаденит мошонки протекает так же как гидроаденит другой локализации.

Заключение Гидроаденит мошонки одно из редких локализаций гидроаденита.

Нередко он вызывает сложности в диагностике заболеваний мошонки, поэтому при дифференциальной диагностике заболеваний мошонки нельзя забывать о таких его редких локализациях.

Лечение гидроаденита должно быть комплексным, включать хирургический и медикаментозный методы.

Литература:

1. Беринбейм Б.А., Студницин А.А. «Дифференциальная диагностика кожных болезней» (Руководство для врачей)
2. Иванов О.Г., Львов А.Н. «Справочник дерматолога»
3. Фицматрик Т., Джонсон Т. и др. «Дерматология» (атлас-справочник)

ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Ганюкова О.В.

ФАО «ЖГМК» Павлодарская железнодорожная больница, г. Павлодар

Гипертензия во время анестезиологического пособия при хирургическом вмешательстве является актуальной проблемой анестезиологии. Выраженная гипертензия, осложняющая состояние пациента, может проявиться на этапе интубации трахеи, после начала оперативного вмешательства и отличается стойкостью к медикаментозному воздействию. Особенно выраженной гипертензия бывает у больных с исходным гипертензионным синдромом и гипертонической болезнью в анамнезе. Резкое повышение артериального давления опасно развитием острых циркуляторных нарушений мозговой гемодинамики и инсультом. В

литературе имеются указания на профилактику гипертензии на этапе вводного наркоза и оперативного вмешательства, которые сводятся к адекватной премедикации, продолжению антигипертензивной терапии в день операции, соответствующему выбору препаратов для вводного наркоза и основной анестезии. Вместе с тем, некоторые авторы отмечают недостаточность этих мероприятий, когда несмотря на точный расчет всех компонентов предстоящей анестезии, достаточную степень анальгезии и нейровегетативной защиты, избежать развития гипертензии во время операции не удается. В последние годы на

фармацевтическом рынке появился антигипертензивный препарат эбрантил (урапидил), который имеет целый ряд преимуществ, в сравнении с традиционными антигипертензивными препаратами. Его отличают большая безопасность, стойкий продолжительный эффект, отсутствие опасного снижения артериального давления. Он нашел широкое применение в кардиологии. В литературе имеются данные о его применении у женщин с преэклампсией тяжелой степени.

Цель работы. Оценить эффективность эбрантила в профилактике и устранении гипертензии во время анестезиологического пособия у больных с сопутствующей гипертонической болезнью.

Материал и методы. В исследование были включены травматологические, урологические и сосудистые больные, имевшие сопутствующую гипертоническую болезнь, подвергавшиеся оперативному вмешательству под общей внутривенной анестезией с ИВЛ. У всех больных проводилась премедикация: атропин -0,5 мг, димедрол-20мг и промедол 20мг внутривенно на операционном столе. Вводный наркоз – тиопентал натрия в дозе 6-8 мг/кг. Основная анестезия рассчитывалась по весу пациента и проводилась болюсными введениями кетамина и фентанила.

Возраст больных составлял от 55 до 76 лет. Число больных с сопутствующими заболеваниями органов дыхания, органов желудочно-кишечного тракта, эндокринными и обменными заболеваниями, а также объем оперативного вмешательства, продолжительность операции и величина интраоперационной кровопотери были примерно одинаковы во всех группах больных. Всех больных разделили на 3 группы. В I контрольную группу отбирали больных без сопутствующей гипертонической болезни. В I контрольной группе было 25 больных, из них травматологических - 7, урологических - 8 и сосудистых 9 больных. Во II группе было 23 больных, из них травматологических - 6, урологических - 8 и сосудистых - 9 больных. В II группе было 21 больных, из них травматологических – 7, урологических – 8 и сосудистых - 6 больных. Больным II группы во

время анестезиологического пособия при возникновении гипертензии эбрантил не вводили. В III основной группе больным во время анестезиологического пособия при появлении артериальной гипертензии выше рабочего артериального давления вводили 5,0 мл раствора эбрантила в виде болюсной инъекции, которую в течение анестезии вводили повторно от 1 до 2 раз при появлении повторного эпизода гипертензии. В течение анестезиологического пособия на этапах оперативного вмешательства у всех больных проводили исследование показателей АДс., АДд., ЧСС, SpO₂, ЭКГ контроль в I отведении. По показаниям проводили анализ КЩС и газов крови.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели гемодинамики у больных II группы отличались большей стабильностью, в сравнении с больными I группы. У пациентов I группы исходные средние значения АДс., АДд. и АД.ср. были соответственно выше, чем у больных II группы без исходной гипертензии соответственно на 25,5%, 22,3% и 19,7%. На этапе интубации трахеи различие возрастало выше соответственно на 30,5%, 27,5% и 28,%. При профилактическом введении болюсной дозы у больных III группы с исходной выраженной гипертензией отмечалось отсутствие эпизодов подъема артериального давления выше 180 мм рт.ст. В течение анестезии пациентам, которым профилактическая доза эбрантила не вводилась при появлении гипертензии при АДс. выше 180 мм рт.ст. вводили болюсную дозу 5 мл эбрантила. После введения эбрантила у больных II группы отмечалось плавное снижение артериального давления на 20-25 мм рт.ст., которое в дальнейшем оставалось стабильным в течение не менее 30-35 минут. Необходимость в повторных введениях эбрантила 1-2 раза была отмечена у 30% больных. Необходимо отметить, что анестезиологическое пособие после введения эбрантила с профилактической целью отличалось стабильностью основных показателей гемодинамики, в первую очередь систолического артериального давления. У больных I контрольной группы при повышении артериального давления отмечалось нарастание кровоточивости из области

операционной раны, изменения на ЭКГ в виде нарастания ишемии миокарда, возростала ЧСС, снижалось SpO₂. У больных III основной группы отмечалась стабильность основных показателей гемодинамики после введения расчетных доз анестетических препаратов на

фоне действия эбрантила.

Выводы. Применение эбрантила с профилактической и лечебной целью в течение анестезиологического пособия у больных с сопутствующей гипертонической болезнью повышает безопасность больных.

ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

**Гарбузенко О.Н., Бабашев Б.Б., Касымов Н.К., Какимова К.М.,
Жармагамбетова К.А., Салаханов Р.А., Илибаева Г.К.**

Городская больница №1, г. Павлодар

Актуальность. В структуре острого алкогольного абстинентного синдрома обнаруживаются самые разнообразные психопатологические нарушения, встречающиеся при других психических заболеваниях преимущественно в рамках пограничных состояний.

На сегодняшний день существует множество различных способов купирования острого алкогольного абстинентного синдрома. Определённый интерес специалистов представляют альтернативные методы лечения. Одним из таких методов лечения является ультрафиолетовое облучение крови (УФОК).

Механизм действия УФОК на организм продолжается изучаться медиками и биологами, несмотря на то, что он применяется в медицине более 70 лет. Достаточно изучены такие действия, как детоксикация организма, улучшение доставки кислорода к тканям, снижение вязкости крови и многие другие, значимые при алкоголизме.

Лечебное действие УФОК характеризуется улучшением самочувствия больных, нормализацией сна, повышением аппетита, снижением признаков интоксикации и гипоксии, улучшением периферического и коронарного кровообращения и трофики тканей, стимуляцией процессов регенерации, нормализацией углеводного, жирового и

белкового обмена, улучшением показателей иммунитета и неспецифической резистентности, а также фильтрационной функции почек и другими проявлениями.

При остром алкогольном абстинентном синдроме в организме происходят нарушения, относящиеся к перечисленным, и поэтому включение в терапию метода УФОК патогенетически закономерно.

Цель исследования: изучение клинической динамики острого алкогольного синдрома под действием экстракорпорального УФОК.

Материалы и методы: В исследования были включены 20 мужчин и 10 женщин, поступивших в ОАРИТ 1 городской больницы с явлениями алкогольной интоксикации и острого алкогольного абстинентного синдрома. Клиническая картина была представлена соматовегетативными проявлениями: тремор конечностей и всего тела, гипергидрозом, тошнотой, рвотой, жаждой, астенией и психопатологическими проявлениями: ком-пульсивным влечением к алкоголю, чувством страха, дисфорией, двигательным возбуждением, психотическими расстройствами.

УФОК в программу лечения включали ввиду неэффективности стандартной терапии лечения острого абстинентного синдрома. Состояние больных оценивали до процедуры УФОК, после первой процедуры, после второй и третьей

процедуры. Эффективность оценивали по степени выраженности психотических расстройств и двигательного возбуждения по бально. 0 баллов симптомы отсутствуют, 2-симптомы выражены, 1- симптомы стёрты, всё кроме 0 и 2. (Бокий И.В.,1976).

Все пациенты поступали в тяжёлом состоянии, в стандартную терапию включали детоксикацию с коррекцией электролитного и кислотно-щелочного баланса, энтеросорбцию с применением дюфолака (исключение сахарный диабет). Витаминотерапию, седативные препараты, нейропротекторы. Сеанс УФОК проводили на трети сутки при неэффективности предшествующей терапии. УФОК проводили ежедневно три сеанса на аппарате «Изольда» с использованием кварцевой лампы «ДРБ 8-1» мощностью 8 Вт. Применяли спектр длинны волны 200-280 нм.

Результаты и обсуждение: Из 30 исследуемых пациентов эффективность после 1 сеанса УФОК 0 баллов - 7 пациентов, 1 балл -15 пациентов, 8 без эффекта. После 2 сеанса УФОК 0 баллов -21 пациент, 1 балл-8 пациентов. После 3 сеанса 0- 28 пациентов. 1 балл- 2 пациента. Двум пациентам количество УФОК продлено до 5 сеансов с хорошим эффектом 0 баллов.

Выводы: Ультрафиолетовое облучение крови высокоэффективный метод эфферентной терапии при остром алкогольном абстинентном синдроме, метод для более быстрого купирования психопатологических проявлений и при неэффективности стандартной терапии. УФОК позволяет минимизировать затраты на длительное лечение пациентов данной категории.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ

Другова Т.Н.

Павлодарский областной Перинатальный центр, г. Павлодар

По данным ВОЗ в странах, где проводится неонатальный скрининг наследственных заболеваний у новорожденных, значительно снизилось количество осложнений и инвалидизации детей раннего возраста от этих заболеваний. В данной статье приводится анализ выявления врожденного гипотиреоза у новорожденных при проведении неонатального скрининга на примере новорожденных, прошедших лечение в Павлодарском областном Перинатальном центре.

Введение: Врожденный гипотиреоз (ВГ) – заболевание, обусловленное полным отсутствием или снижением функции щитовидной железы, вследствие аплазии или гипоплазии щитовидной железы. Стойкая недостаточность тиреоидных гормонов, возникшая внутриутробно, приводит к нарушению дифференцировки мозга и периферической нервной системы: уменьшению

количества нейронов, недоразвитию некоторых отделов мозга, чаще мозжечка, зрительных и слуховых анализаторов, нарушению миелинизации нервных волокон. Эти изменения почти необратимы при позднем (после 3-4-недельного возраста) начала адекватной заместительной терапии. После рождения эти изменения нарастают и приводят к формированию задержки роста и дифференцировки скелета, нарушению психомоторного развития.

По данным российских авторов врожденный гипотиреоз встречается с частотой от 1:1700 до 1:5500 новорожденных. Девочки болеют в 2 раза чаще, чем мальчики.

Материалы и методы исследований: Изучена частота и клинические проявления ВГ среди новорожденных в отделениях Перинатального центра за 3 года: 2008, 2009 и 2010гг. За 2008-2010 г. было пролечено 5 новорожденных с ВГ. Лечение проводилось

совместно с эндокринологом. Диагностика проходила в 3 этапа. I этап - неонатальный скрининг выявляет маркер заболевания, II этап – повторный скрининг, дополнительно проводится обследование на содержание ТТГ, Т3, Т4, III этап- УЗИ щитовидной железы, нейросонография, УЗИ сердца, ЭКГ.

Неонатальный скрининг — это массовое обследование новорожденных детей на наследственные заболевания, которое проводится в родильных домах.

Неонатальный скрининг позволяет обеспечить раннее выявление наследственных заболеваний и их своевременное лечение, остановить развитие тяжелых проявлений заболеваний, ведущих к инвалидизации.

В Республике Казахстан неонатальный скрининг начал проводиться сравнительно недавно - с 2007 года. У каждого новорожденного берется капля крови из пяточки на специальный тест-бланк, который направляется в медико-генетическую консультацию для проведения исследования. У доношенных детей кровь берется на 4-5 день жизни, у недоношенных на 7-14 день жизни.

До начала эры скрининга по врожденному гипотиреозу диагноз ставился на основании клинико-anamnestических данных, чем и объяснялось достаточно позднее начало заместительной терапии.

Типичная клиническая картина ВГ у новорожденных, детей первого месяца жизни, когда крайне важно поставить диагноз, наблюдается всего в 10–15% случаев. Были выявлены наиболее типичными признаками заболевания в ранний постнатальный период: рождение детей от переношенной беременности в срок более 40 нед (в 80% случаев), большая масса тела при рождении более 3500 г (100% случаев); отечное лицо, губы, веки, полуоткрытый рот с широким, «распластанным» языком (в 40% случаев); локализованные отеки в виде плотных «подушечек» в надключичных ямках, тыльных поверхностях кистей, стоп (в 20% случаев); позднее отхождение пупочного канатика (в 80% случаев), плохая эпителизация пупочной ранки (в 40% случаев); затянувшаяся желтуха (в 100% случаев). Все эти признаки появлялись

постепенно, не все сразу. Стертая картина ВГ может быть обусловлена грудным вскармливанием, поскольку грудное молоко содержит довольно значительное, но недостаточное количество для полной компенсации количество тиреоидных гормонов.

Все новорожденные находились на грудном вскармливании.

Результаты и обсуждения: Наблюдение за детьми с ВГ осуществлялось совместно с эндокринологом, невропатологом. Следует отметить, что уже на 2-й недели приема препарата L-тироксина отмечалось уменьшение отечности лица, купировался желтушный синдром, происходила эпителизация пупочной ранки, улучшался эмоциональный фон ребенка. Контрольные заборы крови проводятся через 2 нед после начала лечения. Дозировка L-тироксина подбирается индивидуально, с учетом клинических и лабораторных данных.

Лечение в большинстве стран начинают не позднее первого месяца жизни, в среднем на 2-й нед, например, в Германии лечение начинают на 8–9-й день жизни, в Великобритании — на 11–15-й день. В наше отделение дети поступили к концу 1-го месяца, в возрасте 20-25 дней уже с назначенной дозой препарата эндокринологом.

Всю суточную дозу детям давали утром за 30 мин до утреннего кормления, в растолченном виде. Начальная дозировка L-тироксина составляет 12,5–25–50 мкг/сут.

Случай из практики: Пациент поступил в отделение в декабре 2009 года в возрасте 24 дней по направлению эндокринолога с Дз-ом: Врожденный гипотиреоз. Ребенок родился в Перинатальном центре от повторной переношенной беременности, в родах отмечалась затянувшаяся латентная фаза. Родился без асфиксии. Выписан домой на 4-е сутки жизни, на грудном вскармливании. Дома отмечается желтушность кожи, которая в динамике нарастает, «распластанный» живот, пупочная грыжа. На 20-е сутки получен результат скрининга, который выявил маркер врожденного гипотиреоза. После проведения дополнительных исследований ребенок направлен в Отделение патологии новорожденных. На УЗИ щитовидной железы - объем железы составляет 23%. ТТГ больше

120 мМЕ/л. Ребенок постоянно получает L-тироксин. Ежеквартально сдают анализы на ТТГ, Т3, Т4. Психомоторное развитие соответствует возрасту. В апреле 2011 года ребенок находился на обследовании в ННЦМид г. Астаны. Выставлен Диагноз: Врожденный гипотиреоз, компенсированная форма. Психофизическое развитие ребенка соответствует возрасту.

Заключение: Главное, в лечении гипотиреоза – не упустить время! Вот почему обследование проводится в первые дни жизни. Это поможет избежать развития тяжелых осложнений: карликовость, слепота, умственная отсталость. Коварство этого заболевания в том, что он долго может не проявлять себя и не может быть обнаружен традиционными методами. Однако проведение неонатального скрининга позволяет выявить опасное заболевание в первые дни жизни и начать лечение.

Таким образом, ранняя диагностика и

своевременно начатое лечение врожденного гипотиреоза существенно снижает риск тяжелых осложнений и улучшает качество жизни детей.

Литература:

1. Шабалов Н.П., Неонатология в 2-х томах. Москва, 2004г.
2. Приказ № 336 «О внедрении эффективных технологий по перинатальному уходу в практику родовспомогательных учреждений» Астана, 2006 г.
3. Руководство по грудному вскармливанию. ВОЗ, 1993 год.
4. Приказ МЗ РК от 28 марта 2006 года № 140 «О скрининговой программе дородовой диагностики и профилактики врожденных и наследственных заболеваний у детей»
5. Приказ МЗ РК от 7 марта 2008 года № 124 «Об утверждении Правил проведения генетического скрининга беременных и новорожденных»

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЭРБ ПРЕПАРАТОМ ЛАНСОБЕЛ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Евграшина О.В., Айтхожина Б.А.

КГКП «Поликлиника №5», КГКП «Поликлиника №1», Павлодар

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - это рецидивирующее заболевание с нарушением эвакуации пищи из желудка и характеризуется спонтанным или регулярно повторяющимся ретроградным забросом содержимого из желудка в пищевод и приводит к повреждению его дистального отдела и развитием в нем эрозивно - язвенных катаральных явлений н/з пищевода. Диагноз ГЭРБ можно установить с высокой вероятностью и достоверностью уже по данным расспроса больного: на основании наличия характерного симптома – изжоги, чаще ночью во время сна.

К рефлюкс-эзофагиту могут приводить несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера, скользящая грыжа пищеводного

отверстия диафрагмы, пилородуоденальный стеноз, последствия хирургических вмешательств на пищеводе и кардии, ваготомия, увеличение интраабдоминального давления (подъем тяжестей, ожирение, беременность, запор, асцит, бронхиальная астма, кисты брюшной полости).

Установлено, что 10 – 20% населения страдают ГЭРБ. Заболеваемость ГЭРБ оценивается как 5 новых случаев в год на 10000 населения (P.J. Kahrillas, 2005). В России от частой изжоги страдают 10 % мужчин и 15% женщин (С.А. Курилович, О.В. Решетников, 2000 г.)

Цель исследования: оценить эффективность препарата лансобела в лечении пациентов с ГЭРБ.

Материалы и методы. В период с 2007 по 2010 год осмотрено 87 больных: из них 73 мужчин и 14 женщин. Все 87 больных (100%) прошли эндоскопическое обследование. Препарат лансобел (ингибитор протонной помпы) был назначен всем 87 больным. После перорального приема лансобела антисекреторный эффект наступает в течении первого часа. Применялась восьминедельная терапия препаратом лансобел 30 мг 2 раза в день.

Результаты. В результате терапии произошло быстрое облегчение симптомов: уменьшение болей в эпигастральной области и за грудиной, изжоги, ощущения «кома» за грудиной, отрыжка кислым, горечь во рту,

икота, дисфагия, явления фарингита у 90% больных (79 человек). Однако у 10% (8 человек) эффект в течении восьми недель достигнут не был. Поэтому лансобел был назначен по 30 мг 1 раз на ночь в течении 6 месяцев когда и наступил положительный эффект. При лечении лансобелом побочных эффектов не наблюдалось. Проведенная через 6 месяцев ФГДС, после окончания курса лечения лансобелом показала исчезновение отека, гиперемии, инфильтрации, эрозий в н/з пищевода.

Выводы. Лансобел эффективен в 90% случаев при восьминедельном курсе лечения и приводит к длительной и стойкой ремиссии ГЭРБ.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ПРЕПАРАТОМ ДЕ-НОЛ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Евграшина О.В., Айтхожина Б.А.

КГКП «Поликлиника №5», КГКП «Поликлиника №1», Павлодар

В настоящее время язвенная болезнь рассматривается как хроническое рецидивирующее заболевание с ограниченным изъязвлением слизистого и мышечных слоев и развивается в зоне подверженной действию соляной кислоты и пепсина.

Основная причина возникновения пептической язвы - инфекция *H. pylori*.

Схема Маастрихт III (2005 г.) включает висмут и является первой линией лечения в схеме эрадикации хеликобактерной инфекции. Достоинства препарата Де-Нол (трехокись висмута в форме коллоидного субцитрата): не возникает резистентность *H. pylori*, препарат не нарушает физиологию пищеварения в отличие от антисекреторных препаратов. Де-Нол (трехокись висмута в форме коллоидного субцитрата) способен связываться с эпидермальным фактором роста, защищая его от разрушающего действия пепсина, и благодаря своей химической структуре и высокой растворимости распределяется

преимущественно по поврежденной слизистой оболочке гастродуоденальной зоны, повышая таким образом, концентрацию эпидермального фактора роста именно в местах дефектов слизистой оболочки, что способствует их скорейшему заживлению (И.В. Маев, 2004 г.).

Цель исследования: оценить эффективность препарата Де-Нол (трехокись висмута в форме коллоидного субцитрата) в лечении пациентов с язвенной болезнью.

Методы и материалы. В период с 2008 по 2010 год осмотрено с язвенной болезнью 37 больных: из них 28 мужчин и 9 женщин. Язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки страдает 32 больных, а желудка 5 больных, что составляет соотношение 4:1. У лиц молодого возраста преобладают дуоденальные язвы, у пожилых людей язвы желудка. Мужчины страдают чаще женщин. Все 37 больных 100% прошли эндоскопическое обследование. Была назначена квадротерапия всем 37 больным,

состоящая из лансобела 30 мг 2 раза + тетрацилин 500 мг 2 раза + метронидазол 0,5 2раза + Де-Нол 240 мг 2раза в день в течении шести недель.

Результаты. На фоне терапии у всех больных отмечалось исчезновение болевого синдрома к 3-му дню лечения. Побочных явлений не наблюдалось, окрашивание стула в черный цвет не требует отмены препарата. Проведенный через 6 недель контроль ФГДС

показал исчезновение воспалительного инфильтрата, рубцевания язвы.

Выводы. Препарат Де-Нол способствует более эффективной нормализации общего самочувствия больного, ускорению язвенных поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и хорошо сочетается с антибиотиками, нитрофуранами, ингибиторами протонной помпы.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРЕПАРАТОМ ФОЗИКАРД В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

¹Евграшина О.В., ²Айтхожина Б.А., ²Антикеева Ш.К.

¹КГКП «Поликлиника №5», ²КГКП «Поликлиника №1», Павлодар

Артериальная гипертония (АГ) является одной из самых актуальных проблем кардиологии, во многом обуславливающая высокую сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Характеризуется широкой распространенностью и, в то же время отсутствием у больных адекватного контроля. Согласно международным критериям ВОЗ/МОГ 1999 года АГ определяется, если систолическое артериальное давление (САД) превышает 140 мм рт.ст. и диастолическое артериальное давление (ДАД) 90 мм рт.ст. Фозикард - ингибитор АПФ, препятствует образованию ангиотензина II из ангиотензина I, снижает сосудосуживающее действие ангиотензина II, снижает уровень альдостерона в плазме крови. Блокирование АПФ также уменьшает инактивацию брадикинина. Комплексное действие препарата приводит к снижению общего периферического сопротивления сосудов, увеличению минутного объема крови и повышению толерантности к нагрузкам у больных с хронической сердечной недостаточностью. При длительном применении уменьшается выраженность гипертрофии миокарда и стенок артерий резистивного типа, улучшается кровоснабжение ишемизированного миокарда.

Гипотензивный эффект наступает примерно через 1 час после приема. Фозикард оказывает также благоприятный эффект на мозговое кровообращение у больных с гипертонией и хроническими заболеваниями мозговых сосудов. Частота сердечных сокращений и минутный объем обычно не изменяются. Фозикард снижает сопротивление сосудов почек, увеличивает почечный кровоток, клубочковую фильтрацию, экскрецию натрия и воды, сохраняет калий, снижает экскрецию белка.

Цель исследования: оценить эффективность применения в лечении больных артериальной гипертонией ингибиторов АПФ.

Материалы и методы. В период 2008 - 2010 годов наблюдались и получали фозикард 60 пациентов с артериальной гипертонией. Возрастной состав: 31 - 40 лет - 7 человек; 41 - 45 лет - 18 человек; 51 год и старше - 35 человек. Половой состав: мужчин 8, женщин 52. Больные принимали фозикард 10мг/день.

Результаты. Полное проявление эффекта наступило через две недели. У 43 больных (72%) улучшение, у 17 больных (28%) - без улучшения. В лечение им был добавлен индапамид 2,5 мг утром. Из них у 2 больных без улучшения. Этим больным был добавлен

лозартан 50 мг 1 раз в сутки в одно и то же время вечером. Стабильное снижение давления появилось после 3-недельного приема препаратов.

Выводы. Одновременное применение фозикарда, индапамида и лозартана дает

стойкое снижение давления. Правильно подобранная доза, кратность применения препаратов - залог успешного лечения и продление жизни больным артериальной гипертонией.

НЕКОТОРЫЕ КУЛЬТУРНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Егошин В.Л.

Павлодарский филиал ГМУ г. Семей

Демографические процессы, протекающие в обществе, являются предметом пристального внимания представителей различных отраслей. Рождаемость, воспроизводство населения зависят от многих факторов социального, культурного и экономического характера.

Цель работы: оценить изменения демографических показателей и структуры населения, влияние экономического благополучия государства в странах Европейского региона Всемирной Организации Здравоохранения.

Материалы и методы. Для изучения были использованы материалы базы данных «Здоровье для всех», созданной Европейским региональным бюро ВОЗ. В исследование включены данные по 47 странам Европейского региона ВОЗ. Было проведено сравнение следующих показателей: рождаемость, общая суммарная плодовитость, доля матерей до 20 лет и старше 35 лет, доля популяции до 15 лет и старше 65 лет, доля городского населения, величина внутреннего валового продукта (ВВП) по покупательской паритетной стоимости. Для сравнения использовались данные 1995 и 2009 годов. Изучение показателей проводилось для региона в целом, а также после выделения первого и четвертого квартиля по уровню ВВП в 2009 году внутри квартильных групп и между группами. Расчет статистических показателей проводился в программе MS Excel.

Результаты. В целом по региону за изучаемый период произошло: статистически значимое снижение доли популяции в возрасте до 15 лет с 23,2 до 18,9%; статистически значимое увеличение доли популяции в возрасте старше 65 лет с 17,5 до 20,5%; очень значимый статистически рост величины ВВП на душу населения с 12729 до 24924 PPP\$; очень значимое статистически увеличение доли родов у женщин в возрасте старше 35 лет с 9,5 до 15,2%, очень значимое статистически снижение доли родов у женщин в возрасте младше 20 лет с 8,3 до 5,4%. Рождаемость снизилась с 14,0 до 13,1 на 1000 населения (статистически незначимое снижение). Показатель общей суммарной плодовитости незначимо снизился с 1,84 до 1,77. Доля городского населения незначимо снизилась с 67,6 до 66,5%.

В четвертый квартиль по уровню ВВП на душу населения в 2009 году вошли Люксембург, Норвегия, Мальта, Кипр, Швейцария, Ирландия, Нидерланды, Австрия, Швеция, Исландия, Дания, Великобритания, в которых уровень ВВП на душу населения составлял от 83759 до 35880 PPP\$. В этих странах в изучаемый период отмечено: статистически очень значимое увеличение доли родов женщин старше 35 лет – с 13,1 до 20,8%; статистически значимое снижение доли населения до 15 лет – с 20,0 до 17,8%. Также отмечены статистически незначимые изменения других показателей: увеличение

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

доли населения старше 65 лет с 13,9 до 14,7%; снижение рождаемости с 13,1 до 12,1 на 1000 населения; увеличение доли городского населения с 78,5 до 79,9%

В пертый квартиль по уровню ВВП на душу населения в 2009 году вошли Казахстан, Македония, Азербайджан, Албания, Украина, Туркменистан, Армения, Грузия, Молдова, Узбекистан, Киргизстан, Таджикистан, в которых уровень ВВП на душу населения составлял от 11448 до 1906 PPP\$. За изучаемый период в странах этой группы отмечены статистически малозначимые изменения доли населения младше 15 лет (снижение с 31,8 до 25,4%) и снижение доли матерей в возрасте до 20 лет с 12,2 до 8,4%.

Изменения других сравниваемых показателей были статистически незначимыми: доля населения старше 65 лет увеличилась с 7,3 до 8,5%; рождаемость по группе в целом снизилась с 20,2 до 17,2, при этом в некоторых странах она возросла (Казахстан – с 16,8 до 22,5); показатель суммарной плодовитости снизился с 2,5 до 2,1; доля городского населения уменьшилась с 51,6 до 49,8%; доля матерей в возрасте старше 35 лет увеличилась с 6,6 до 8,2%.

Сравнение показателей 2009 года между странами, входящими в первый и четвертый квартиль, выявило статистически очень значимые различия (таблица 1).

Таблица 1.

	% населения в возрасте 0 – 14 лет	% населения в возрасте 65+ лет	Рождаемость на 1000 населения	Показатель суммарной плодовитости	% городского населения	Доля матерей до 20 лет	Доля матерей 35+ лет
4 квартильная группа	17,8	14,7	12,1	1,8	79,9	2,8	20,8
1 квартильная группа	25,4	8,5	17,2	2,1	49,8	8,4	8,2

Выводы. Анализ изучаемых показателей свидетельствуют о сходной динамике изменений независимо от уровня экономического благосостояния государства. Рождаемость в регионе в целом ниже средних показателей, увеличивается доля матерей в

возрасте 35 лет и старше, особенно в экономически развитых странах. Сложившиеся социальные и культурные особенности жизни в Европейском регионе ВОЗ не способствует обеспечению воспроизводства населения.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧИСЛА САМОУБИЙСТВ И САМОПОВРЕЖДЕНИЙ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ

¹Егошин В.Л., ¹Кусаинов А.Т., ²Сатабаев М.Т.

¹Павлодарский филиал ГМУ г. Семей, ²КГКП «Поликлиника №1 г. Павлодара»

С каждым годом проблема самоубийств приобретает глобальный характер. Будучи связанной с социальными, экономическими, культурными и психологическими факторами, она является объектом внимания средств массовой информации и находится под

неустанным вниманием общества.

Цель работы: оценить с использованием статистических методов взаимосвязи социальных и экономических факторов на уровень самоубийств и самоповреждений в странах Европейского региона Всемирной

Организации Здравоохранения.

Материалы и методы. Для изучения были использованы материалы базы данных «Здоровье для всех», созданной Европейским региональным бюро ВОЗ. В исследование включены данные по 51 стране Европейского региона ВОЗ. Было проведено сравнение следующих показателей: смертность (стандартизированный показатель) от самоубийств и самоповреждений в возрасте от 0 до 65 лет, смертность (стандартизированный показатель) от убийств и насильственных повреждений в возрасте от 0 до 65 лет, употребление чистого алкоголя на душу населения старше 15 лет, уровень городского населения, годовой рост инфляции, уровень безработицы, индекс человеческого развития, величина внутреннего валового продукта (ВВП) по покупательской паритетной стоимости на душу населения. По показателям уровня самоубийств и самоповреждений для 2008 (или последнего доступного) года были выделены первая и четвертая квартильная группа, с использованием метода однофакторного дисперсионного анализа проведено сравнение показателей с определением уровня статистической

значимости. Далее проведено изучение динамики показателей в первой и четвертой квартильной группе в период с 1985 по 2008 (или последний доступный) год. Расчет статистических показателей проводился в программе MS Excel.

Результаты. В группу для исследования была включена 51 страна Европейского региона. Уровень самоубийств и самоповреждений в возрастной группе от 0 до 65 лет в изучаемый период (2008 год или последний доступный) колебался от 30,56 (Литва) до 1,22 (Азербайджан). В четвертую квартильную группу (с самыми высокими значениями показателя) вошли Литва, Россия, Казахстан, Беларусь, Венгрия, Латвия, Финляндия, Украина, Республика Молдова, Бельгия, Черногория, Словения; в первую квартильную группу (с самыми низкими значениями показателя) вошли Узбекистан, Македония, Албания, Кипр, Италия, Израиль, Сан-Марино, Таджикистан, Мальта, Греция, Грузия, Армения, Азербайджан.

Результаты сравнения по изучаемым показателям (средние величины по группам) и уровень статистической значимости представлены в таблице 1.

Таблица 1.

	4 квартильная группа	1 квартильная группа	<i>P-value</i>
Употребление чистого алкоголя, л на душу населения старше 15 лет	11,85	6,20	0,0004
СКС от убийств и насильственных травм 0 – 65 лет на 100000 населения	6,02	2,04	0,0120
Ежегодный прирост инфляции, %	28,42	16,31	0,4684
% городского населения	66,31	62,82	0,6277
ВВП на душу населения, PPP\$	\$18 389	\$21 228	0,6303
Индекс человеческого развития	0,86	0,84	0,6600
Уровень безработицы, %	9,51	8,44	0,7004

Приведенные в таблице данные свидетельствуют об отсутствии статистической значимой разницы между группами стран по уровню безработицы, индексу человеческого развития, ВВП на душу населения, доле городского населения, уровню прироста инфляции. Отмечается

значимая разница по уровню СКС от убийств и насильственных травм и очень значимая разница в уровне потребления алкоголя.

В таблице 2 отражена динамика показателя смертности от самоубийств и насильственных повреждений в четвертой квартильной группе.

Таблица 2.

	Беларусь	Бельгия	Эстония	Финляндия	Венгрия	Казахстан	Латвия	Литва	Республика Молдова	Россия	Украина
Максимальное значение	36,2	19,0	41,1	28,8	38,1	34,2	41,3	48,8	22,7	41,5	28,0
Год	1996	1985	1994	1990	1986	1996	1993	1996	1985	1994	1996
2008 год или последний доступный	24,1	16,5	16,0	18,4	18,9	25,5	19,4	30,0	16,8	26,3	17,4

Таблица 3.

	Албания	Армения	Азербайджан	Греция	Израиль	Италия	Мальта	Таджикистан	Узбекистан
Максимальное значение	5,5	4,4	4,5	3,4	7,4	6,1	6,5	8,3	12,0
Год	1997	1995	1987	1987	1992	1985	1999	1985	1985
2008 год или последний доступный	4,8	1,6	1,2	2,7	4,2	4,5	2,9	3,6	5,5

В таблице 3 отражена динамика показателя смертности от самоубийств и насильственных повреждений в первой квартильной группе.

Приведенные в таблицах 2 и 3 данные свидетельствуют о том, что в возрастной группе от 0 до 65 лет происходит снижение показателя. Самые высокие значения показателя в некоторых странах имели место более двадцати лет назад (43% стран первой и четвертой квартильной групп), от 15 до 20 лет назад – у 14% стран, от 10 до 15 лет – у 38% стран. Динамика изменений носит сходный характер во всех странах

Европейского региона.

Выводы. В Европейском регионе ВОЗ в возрастной группе от 0 до 65 лет происходит уменьшение смертности от самоубийств и самоповреждений. Основные изменения носят сходный характер. Значимым фактором является потребление алкоголя. Группы стран, различающиеся по уровню смертности от самоубийств и самоповреждений, не различаются значительно по уровню экономического развития, урбанизации, инфляции, безработицы, индексу человеческого потенциала.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Елемесов Е.К.

ТОО «Анвар и К»

Знание возрастных особенностей строения челюстей, в частности пародонта, необходимо для проведения адекватной дифференциальной диагностики развивающихся в них патологических процессов. В доступной нам литературе поднимаются и решаются вопросы, представляющие в рентгено-

логическом аспекте этой проблемы частный интерес. Ряд авторов изучали нормальную рентгеноанатомию челюстей. Блекман С, Гольдман Х. исследовали состояние кортикальной пластинки, Зедгендзе Г. А. изучал рентгенотопографию нижнечелюстного канала, другие-размеры периодонтальной

щели в зависимости от возраста и функции. Заболевания тканей пародонта сопровождается, как правило, изменениями состояния костной ткани челюстей.

Материалы и методы: Изучение рентгенограмм пациентов различных возрастных групп, обратившихся за стоматологической помощью.

Таблица 1. - Количество изученных рентгенограмм.

Возраст	Количество пациентов
5 – 10 лет	12
11 – 16 лет	10
17 – 40 лет	31
40 лет и старше	20

Изучали следующие рентгенологические показатели: состояние периодонтальной щели, рисунок костной ткани челюстей у лиц различного возраста.

Результаты и обсуждение: При анализе рентгеноморфологической характеристики состояние костной ткани челюстей удалось выявить определенные закономерности в рентгенологической картине костного рисунка в зависимости от возраста.

Обнаружено, что полного развития костная ткань челюстей достигает к 15-16 годам. У лиц старше 16 лет выявляется хорошо дифференцированная, гармонично сформированная костная структура, достигающая своей наивысшей структурной упорядоченности с точки зрения, как функциональной обусловленности ориентации костных трабекул, так и их дифференциации. Периодонтальные щели у зубов верхней челюсти уже, чем у зубов нижней челюсти, а у моляров шире, чем у фронтальных зубов. Наиболее широкая часть периодонтальной щели - это область, соответствующая пришеечному отделу корня зуба. Альвеолярный отросток верхней челюсти имеет равномерную петлистость мелкого характера с преимущественно вертикальным направлением балок. Структура костной ткани альвеолярного отростка нижней челюсти и неоднородна на всем его протяжении. В области фронтальных зубов по сравнению с боковыми сегментами челюстей претрабекулярный рисунок альвеолярных отростков характеризуется большей степенью

мелкопетлистости, при чём, чем дальше по направлению к вершинам отростков, тем мельче рисунок костных балок. В области премоляров и моляров рисунок соответственно укрупняется. На нижней челюсти преобладает горизонтальная направленность функциональных балок. Костная структура в рентгенологическом изображении у детей до 5-6 лет бедна, костный рисунок имеет крупнопетлистый характер на всем протяжении обеих челюстей, плохо дифференцирован. Основные балки, расположенные по силовым линиям, выражены очень плохо. Периодонтальные щели всех зубов у детей в два раза шире, чем у взрослых. В период прорезывания постоянных зубов начинает определяться функциональная направленность костных балок в местах наибольшего приложения нагрузок, т.е. в области резцов. Высшей же дифференциации костная структура начинает достигать к моменту полного прорезывания постоянных зубов и дифференцировки всей костной системы организма в целом.

С сорокалетнего возраста начинают проявляться признаки инволютивных процессов. По мнению Жибицкой Э.И. и Степановой И.Г. рентгенологически определяются два типа перестройки костной структуры челюстей возрастного характера.

Первый тип наиболее часто встречающийся, равномерный или пятнистый остеопороз. Появляются небольшие участки уменьшения плотности костной ткани, лучше всего определяющиеся в зоне премоляров. Затем начинают появляться смазанность костного рисунка, изменяется функциональная направленность костных балок. Периодонтальная щель сужается за счет атрофии связочного аппарата. Наиболее ярко все вышеперечисленные признаки выявляются при полной адентии.

Второй тип характеризуется склеротическими изменениями костной ткани обоих альвеолярных отростков со смазанностью костного рисунка при сохранении функциональной ориентации балок. Периодонтальная щель сужается.

Выводы: при изучении рентгенограмм пациентов выявляется определенная закономерность рентгенологической картины

структуры челюстей в различных возрастных группах, которые должны учитываться при дифференциальной диагностике заболеваний тканей пародонта.

Литература:

1. Зеденидзе Г.А. Радиологическая диагностика, 1999г т.2,С.210-215.

2. Прохончуков А.А. труды ММСИ, 1959г,С. 49.

3. Blakman S. Oral Surg. 2001. v.14. P,1178.

4. Goldman H. J. dent. Med., 2001. v.1. P, 53

5. Жибицкая Э.И., Степанова И.Г. журнал «Стоматология»№2, 1989. С. 21.

СРОКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С УКОРОЧЕННОЙ УЗДЕЧКОЙ ЯЗЫКА

Елемесов Е.К.

ТОО «Анвар и К»

Укороченную уздечку языка замечают стоматологи при проведении осмотра детей в родильном доме или в стоматологической поликлинике.

Новорожденный ребенок при короткой уздечке языка не может правильно питаться, правильно сосать, что приводит к снижению веса и отставанию в росте от сверстников. Укороченная уздечка подрезается в любое время, пока ребенок находится на грудном вскармливании, и чем раньше это происходит – тем лучше.

Операция подрезания короткой уздечки проводится под аппликационной анестезией раствором лидокаина 10%, практически безболезненна, шов не накладывается. После проведения операции ребенок прикладывается к груди матери.

При несвоевременном диагностировании

укороченной уздечки языка у ребенка в период развития речи появляется дефект. Ребенок не произносит отдельные звуки, картавит и шепелявит. Ограничивая движения языка, укороченная уздечка языка затрудняет произношение небных звуков «р», «д» и «л» и т.д. ребенку трудно высовывать язык, при открытом рте он не может дотянуться кончиком языка до верхних резцов.

Материал и методика:

Обращения родителей с жалобами на затрудненное вскармливание новорожденного и нарушение речи у детей более старшего возраста. Осмотрено и прооперировано 474 ребенка в возрасте от 0 до 10 лет в период с 2009г. (по данным детской стоматологической поликлиники). Анализ проведенных операций по поводу короткой уздечки языка.

Результаты и обсуждение:

Таблица - Количество оперированных детей в стоматологической поликлинике.

Год	До 12 месяцев	1 - 5 лет	Старше 5 лет
2009	59	10	23
2010	196	31	50
2011г. 5 месяцев	80	11	14

Как видно из таблицы количество детей оперированных до года больше, чем в возрасте от 1 до 5 лет. В этом возрасте проводится не просто подрезание уздечки, а полноценная операция, под местной

анестезией, с наложением швов и последующим послеоперационным наблюдением. Отмечаются обильные психические реакции, имеют место быстрая условно-рефлекторных связей и

непереносимость даже незначительных болевых ощущений. По этой причине работа стоматолога сопряжена с трудностями, обусловленными такими психологическими особенностями данного контингента больных как боязливость, настороженность, недоверчивость, повышенная чувствительность и эмоциональность. Нередко наблюдаются случаи, когда ребенок отказывается открыть рот, плачет, удерживает руки врача, пытается убежать. Все эти факторы не только препятствуют проведению процедуры, но и отрицательно влияют на формирование эмоционального состояния ребенка.

В возрасте старше 5 лет у ребенка могут появиться беспокойства по поводу нарушения

фонетики речи. На операции такие дети ведут себя спокойно, что дает возможность врачу наложить шов. Осложнений в практике и по данным литературы не отмечалось

Выводы. Учитывая проведенный анализ операции по подрезанию уздечки, лучше всего проводить операции в роддоме или в первые месяцы жизни в поликлинике. Раннее подрезание уздечки приводит к нормальному развитию младенца. Либо операции проводить в возрасте старше пяти лет.

Литература:

1. Супиев Т.К. Лекции по стоматологии детского возраста. Алматы. «Стомлит». - 2006г. - С.27

ПРИМЕНЕНИЕ КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩИХ ПАСТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА

Есимова Ж.К.

КГКП «Детская стоматологическая поликлиника»

Под кариесом зубов понимается острый или хронический патологический процесс, проявляющийся изменением цвета, деминерализацией и деструкцией твердых тканей зубов и протекающий при активном участии микроорганизмов.

Лечение глубокого кариеса должно включать патогенетическое влияние на пульпу, что достигается применением лечебных прокладок. Поврежденный дентин при глубоком кариесе следует рассматривать как раневую поверхность и в этой связи при выборе метода лечения следует рассматривать как раневую поверхность и в этой связи при выборе метода лечения следует учитывать несколько факторов. Прежде всего, необходимо обезвредить микрофлору кариозной полости, закрыть дентинные каналы, создать условия для ликвидации воспаления и защитить пульпу от действия различных раздражителей. Важнейшим условием положительного исхода

лечения глубокого кариеса является применение одонтотропных паст, стимулирующих пластическую деятельность пульпы и активизирующих процесс реминерализации размягченного и образования заместительного дентина. Лекарственные средства, применяемые в виде лечебных прокладок можно разделить на кальцийсодержащие (кальцесил, кальцидонт, септокальцин-ультра, кальципульп, септокал, дайкал, лайф и т.д.); содержащие протеолитические ферменты; содержащие ионообменные смолы.

При проведении лечения следует учитывать активность кариозного процесса, характер течения процесса, характер течения заболевания, толщину околопульпарного дентина, состояние дна кариозной полости, состояние пульпы.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 14 до 17 лет, которым вылечено 30 моляров по

поводу глубокого кариеса. Препарирование зуба проводилось по общепринятой методике под местной анестезией. После медикаментозной обработки полости, высушивания накладывалась кальцийсодержащая лечебная паста лайф. Паста накладывалась только на рог пульпы. Зуб закрывался временной пломбой из дентина. При повторном посещении накладывалась постоянная пломба.

Оценка результатов проводилась на основании субъективных и объективных данных. Ближайшими сроками наблюдений

являются до 1 мес., отдаленными - от 3 месяцев до 1 года.

Результаты и обсуждение:

Таким образом, мы имели возможность анализировать действие кальцийсодержащей пасты на размягченный дентин дна кариозной полости в течение месяца со дня ее наложения. Анализ отдаленных результатов лечения мы провели на 30 зубах у 25 пациентов, явившихся на контрольный осмотр в сроки: 3 месяца - 25 пациентов, 9 месяцев - 19 пациентов, 1 год - 16 пациентов.

Таблица. - Отдаленные результаты лечения глубокого кариеса кальцийсодержащей пастой

Данные обследования	Сроки наблюдения		
	3 мес.	9 мес.	1 год
	Количество зубов	Количество зубов	Количество зубов
Обследовано зубов	30	22	18
Наличие жалоб	-	-	-

Как видно из таблицы, после наложения лечебной прокладки из кальцийсодержащей пасты жалоб на наличие боли в зубе не было. Отдаленные результаты положительные. После такого лечения глубокого кариеса зуб функционирует.

Выводы. Лечение кариеса зависит от выраженности деструктивных процессов в твердых тканях зуба и общего состояния организма.

При использовании кальцийсодержащих паст происходят процессы образования вторичного дентина.

Литература:

1. Козлов В.А. Стоматология. С-Петербург «Спецлит».2003.С.91.
2. Супиев Т.К. Лекции по стоматологии детского возраста. Алматы. «Стомлит». - 2006г. - С.113.

**РАЗВИТИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ
ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Журавлева Н.П., Шуганова С.Б., Еркибаева А.К., Телеусова С.С., Тугунбаева А.А.

ПФ ГМУ г. Семей, ВА Щербактинского и Качирского районов

По официальной статистике в Республике Казахстан (РК) уже на протяжении более 10 лет первое место по распространенности занимают болезни органов дыхания (БОД), в число которых входят такие заболевания как: пневмония, хронический бронхит, бронхиальная астма (БА) [7]. «Астма» - слово греческого происхождения, оно означает «удушье». В основе БА лежит воспаление

дыхательных путей с изменением реактивности бронхов, проявляющееся приступом удушья, астматическим статусом, дыхательным дискомфортом. БА сопровождается внелегочными признаками аллергии, эозинофилией в крови и/или наличием эозинофилов в мокроте.

В настоящее время в мире насчитывается более 300 млн. больных БА. От 5 до 10 %

населения различных стран страдают БА разной степени выраженности. Рост заболеваемости астмой связан с ухудшением экологии и возрастанием эндогенной предрасположенности к этому заболеванию [1]. БА сопоставима с такими заболеваниями, как сахарный диабет, тиреотоксикоз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [2]. БА сокращает среднюю продолжительность жизни больных мужчин на 6,6 года и женщин на 13,5 лет. К основным факторам, способствующим повышению уровня смертности относятся: гиподиагностика и неправильное лечение астмы [6]. Причина большинства обострений – недостаточная и неадекватная терапия болезни. (Глобальная стратегия по астме -GINA, 2009).

Выделяют три группы факторов, способствующих развитию БА:

1. Предрасполагающие (отягощенная аллергонаследственность).

2. Сенсibiliзирующие (аллергены, инфекции, лекарственные средства).

3. Триггеры, т.е. факторы, вызывающие обострение (аллергены, вирусные инфекции, холодный воздух, табачный дым, стресс, физическая нагрузка, метеофакторы). Источник аллергенов - это домашние животные, цветущие деревья, кустарники, злаковые, лекарственные средства. Аллергия - это генетически обусловленное состояние, при котором в организме в ответ на воздействие аллергенов вырабатываются специфические вещества, в том числе иммуноглобулин Е (Ig E). В бронхах аллерген реагирует с Ig E, вызывая возникновение приступа удушья.

Характерные симптомы БА: свистящее дыхание, сухой (непродуктивный) кашель, приступы удушья с чувством "нехватки воздуха", одышка.

БА имеет несколько форм течения:

1. Легкое течение - приступы возникают редко, только после воздействия провоцирующего фактора. Вне приступов больные чувствуют себя хорошо.

2. Течение средней тяжести - без бронходилататоров одышка беспокоит больного ежедневно. Больные по ночам просыпаются ежедневно от удушья, в связи с этим назначают ингаляцию β_2 -адреностимулятора длительного действия.

3. Тяжелое течение - приступы происходят ежедневно, по ночам больной

просыпается от удушья. Несмотря на высокие дозы ингаляционных кортикостероидов, приходится постоянно пользоваться β_2 -адреностимуляторами. Госпитализация показана, если $ОВФ_1 < 30\%$ должного уровня, особенно при тяжелых приступах БА.

Наиболее характерным симптомом бронхиальной астмы является приступ удушья при контакте с каким-либо аллергеном. Во время приступа кожа синюшная, бледная, покрыта потом, вены лица и шеи набухшие. Дыхание шумное, дистанционные хрипы (слышны на расстоянии), свистящие, «музыкальные».

Возможные осложнения: астматическое состояние, дыхательная недостаточность, декомпенсированное легочное сердце, спонтанный пневмоторакс, ателектаз легкого.

Диагностику бронхиальной астмы проводят с помощью анамнеза, спирометрии, пикфлоуметрии, анализа крови на Ig E и G, кожных проб [8].

Лечение бронхиальной астмы преследует следующие цели: установление контроля над проявлениями БА, предупреждение обострения заболевания и развития необратимого компонента обструкции, улучшение качества жизни.

В 2000 году Исполнительный комитет экспертов GINA разработал концепцию новых целей лечения БА и инициировал исследование GOAL (Gaining Optimal Asthma Control – достижение оптимального контроля над астмой) [5]. Помочь в этом может "система зон", адаптированная к цветам светофора.

Зеленая зона – означает благополучие больного, астма находится под контролем. Показатели ПСВ в пределах 80 –100 %, суточная вариабельность (СВ) не выше 20%.

Желтая зона требует повышенного внимания. Отмечается постепенное нарастание астматических симптомов. ПСВ 60-80%, СВ 20-30%.

Красная зона - (сигнал тревоги) характеризуется значительной выраженностью симптомов астмы и их прогрессированием, ПСВ < 60%. Больным следует немедленно применить ингаляции β_2 -агониста короткого действия. Терапию необходимо пересматривать каждые 3-6 месяцев. Пациентам БА необходим постоянный мониторинг симптомов, ПСВ и разработка индивидуального плана действия [9].

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

Цель. Изучение заболеваемости БА у сельских жителей Щербактинского и Качирского районов Павлодарской области за период 2009-2010гг.

Материал и методы. Проанализирована сравнительная динамика частоты выявленных заболеваний органов дыхания и БА за последние 2 года. Изучались статистические данные этих заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек соответствующего населения.

Результаты. Изучая полученные данные, отмечено, что в структуре общей заболеваемости среди населения Щербактинского и Качирского районов - больные с БОД составляют 15,5% (3784 человек) в 2009 г. и 13,6% (3254) в 2010 году. Среди всех БОД чаще встречались больные с хроническим бронхитом (11,2%) в 2009 году и 8,3% в 2010 году. На втором месте были больные с хронической обструктивной болезнью органов дыхания (ХОБЛ) – 8,1%. Больные с БА составляли всего 1,88% (71 человек) в 2009 году и 1,42% (46) в 2010 году, что значительно ниже данных по РК. Кроме того, отмечено снижение общей заболеваемости по районам на 2,2%. Число больных с БОД уменьшилось на 14%, в т.ч. с БА на 64,8%.

Выводы. В структуре общей заболеваемости среди населения Щербактинского и Качирского районов - больные с БОД составляли 15,5% в 2009 году

и 13,6% в 2010 году. За последние 2 года снизилась общая заболеваемость по районам на 2,2%, число больных с БОД уменьшилось на 14%. в т.ч. с БА на 64,8%.

Среди жителей районов необходимо улучшить диагностику и выявляемость больных с БА. Обеспечение контроля над течением БА, улучшит проведение первичной и вторичной профилактики БА.

Литература:

1. Болезни органов дыхания. Под ред. Н.Р. Палеева, М.: Медицина, 2000. Т.3. - 384 с.
2. Пульмонология. Клинические рекомендации 2005-2006. Под редакцией Чучалина А.Г.М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - С 47.
4. Барнс Н. Современные стратегии терапии для достижения контроля астмы // CONSILIUM medicum, Экстр. выпуск 2009; С. 9-11.
5. Верткин А.Л. Намазова Л.С., Бараташвили В.Л. Ведение больных бронхиальной астмой на догоспитальном этапе // Лечащий Врач 2004; №8: - С. 52 – 56.
6. Испаева Ж.Б. Аллергология в Казахстане: Становление и перспективы развития // Фармация и медицина 2011; №5: С.2-3.
7. Намазова Л.С., Огородова Л.М., Геппе Н.А. и др. Бронхиальная астма // Лечащий Врач 2006; №4. - С.10 -19.
8. Хили П.М., Джекобсон Э.Д. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Алгоритмический подход. Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ» 2007. - 280с.

**РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА
У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Журавлева Н. П., Шуганова С.Б., Телеусова С.С., Еркибаева А.К., Тугунбаева А.А.

ПФ ГМУ, г. Семей, ВА Щербактинского и Качирского районов

Самая ранняя из всех заболеваний инвалидизация, высокая смертность определили сахарный диабет (СД) в качестве первых приоритетов систем здравоохранения всех без исключения стран мира, закрепленных Сент-Винсентской декларацией (1989 г.).

По данным ВОЗ в 1994 г. во всем мире количество больных СД составляло 110 млн. человек, в 2000 г. около 170 млн, в 2008 г.- 220 млн, к 2035 году это число превысит 300 млн человек. [6]. В Казахстане общее число больных СД более 175 тысяч человек, число впервые выявленных составляет более 105

человек на 100 000 населения ежегодно. [5]. СД (diabetes mellitus) – системное заболевание, обусловленное абсолютным (1 тип) или относительным (2 тип) дефицитом инсулина, который вначале вызывает нарушение углеводного обмена, а затем всех видов обмена веществ и приводит к поражению всех функциональных систем организма[4]. Осложнения СД делятся на острые и хронические. К острым относятся коматозные состояния, при очень высоком или очень низком сахаре крови.

Диабетический кетоацидоз (ДКА) - проявляется резкой гипергликемией появлением кетоновых тел в крови, в моче, выраженной дегидратацией организма с нарушения сознания (вплоть до комы) [9]. ДКА развивается чаще при СД 1 типа, частота развития составляет от 5 до 20 случаев на 1000 больных в год [8]. Смертность при ДКА достигает 3-4%, а у детей это самая частая причина смерти [2]. Клинические проявления ДКА можно разделить на три стадии: начинающийся ДКА, сопор и кома. Кроме того развивается умеренный ацидоз (рН 7,3 -7,2), выраженный (рН 7,2 -7,05) и тяжелый (рН 7,05-6,8) [2]. Гиперосмолярное (некетацидотическое) состояние (ГОНС) - это осложнение СД с гипергликемией (более 33 ммоль/л), гиперосмолярностью крови (более 350 мосм/л), выраженной дегидратацией, отсутствием кетаацидоза. Гиперосмолярная кома (ГОК) - более тяжелое состояние, чем ДКА, встречается преимущественно у пожилых больных при ИНСД.

Лактатацидотическая кома встречается при диабете реже, чем ДКА и ГОК. При лактоацидозе содержание лактата (молочная кислота) поднимается выше 2 ммоль/л, а рН обычно ниже 7,3. Отличием этой комы является наличие более ранних и глубоких психоневрологических расстройств [1]. Гипогликемия определяется при уровне глюкозы крови ниже 2,8 ммоль/л. Причиной является введение сахароснижающего препарата без достаточного приема углеводов или передозировка препарата, большая физическая нагрузка и др. [7]. Хронические («поздние») осложнения СД являются следствием длительной гипергликемии. Изменения сосудов глазного дна при СД,

обусловлены микроангиопатией. Выделяют непролиферативную ретинопатию, препролиферативную и пролиферативную Кровоизлияния в стекловидное тело, глаукома и отслойка сетчатки - поздние осложнения, ведущие к слепоте.

При СД выделяют пять стадий диабетической нефропатии: от начальных структурных изменений до развития хронической почечной недостаточности (ХПН).

При диабетической макроангиопатии происходит поражение коронарных, церебральных и периферических сосудов. ИБС является ведущей причиной высокой смертности больных диабетом. При диабетической нейропатии в патологический процесс вовлекаются различные отделы нервной системы. Нейропатия и диабетическая дерматопатия - факторы риска развития «синдрома диабетической стопы», приводящие к ампутации, которые у больных с СД производятся в 15 раз чаще, чем у остального населения.

Цель исследования. Изучение заболеваемости и осложнений СД среди сельских жителей Павлодарской области за период 2008 – 2010 годов.

Материалы и методы. Проанализирована частота осложнений при СД за последние три года по данным эндокринологической службы г. Павлодара.

Результаты. Число больных с СД среди населения Павлодарской области в 2008 г. зарегистрировано - 9818, в 2009 г. - 10824, в 2010 г. - 11657. Общее число больных выросло на 18,7%, среди сельских жителей - на 1,4%. В структуре заболеваемости - больные с СД 1 типа составляли 7-8%, с СД 2 типа 92-93%. Среди сельских жителей больных с СД 1 типа в 2008 г. было 8,3%, в 2010 г. этот показатель снизился до 6,8% за счет увеличения числа больных с СД 2 типа (93,2%). Данным по РК на 1 января 2011 г. - 7,66%. ХПН выявлена в 2008 г. у 150 больных (1,5%), в 2009 г. у 388 (3,6%), в 2010г. у 507 (4,35%). Количество больных с ХПН увеличилось в 3,4 раза, а среди сельских жителей отмечено снижение на 60%. Число случаев ДР в 2008г.- 1663 (16,9%), в 2010 г. - 2171 (18,6%), процент увеличения равен 1,7. Из них больные с полной слепотой составляют

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

около 2%. Среди сельских жителей количество больных с ДР увеличилось на 63,7%, из них больные с полной слепотой - 1,3%.

Проведено ампутаций по поводу «диабетической стопы» в 2008 г. - 21, в 2010 г. - 2, т.е. число ампутаций снизилось в 10 раз. Число умерших по области от осложнений СД (кома, ХПН) в 2008 г. - 3, в 2009 г. - 7, в 2010 г. - 2. Число инвалидов с СД более 600 человек. Среди сельских жителей число инвалидов с СД в 2010 г. увеличилось на 30,5%.

Выводы. Количество больных с СД среди населения Павлодарской области увеличилось в 2010 г. на 18,7%, среди сельских жителей на 1,4%.

В структуре заболеваемости СД – больные с СД 1 типа составляют 7-8%, среди сельских жителей число больных с СД 1 типа в 2010 г. уменьшилось до 6,8%. Количество больных с ДР увеличилось в 2010 году среди сельских жителей на 63,7%. Число больных с ХПН по области увеличилось в 3,4 раза, количество ампутаций по поводу синдрома «диабетической стопы» снизилось в 10 раз. Качественная медицинская помощь при диабете, самообучение, своевременное обращение к врачу при серьезных сопутствующих заболеваниях – все это позволяет предотвратить большинство осложнений при сахарном диабете.

Литература:

1. Балоболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная

диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008.- 752 с.

2. Благосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология: Учебник для медицинских вузов – ООО: «Издательство «СпецЛит», 2004. – 398 с.

3. Верткин А.Л. Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях: Руководство для врачей. Астана: РГКП «Дирекция административных знаний Администрации Президента и Правительства РК», 2004.- С. 331.

4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология: Учебник. – М.: Медицина, 2000.- 632 с.

5. Нерсесов А.В., Кабыкенова Р.К., Базарбекова Р.Б. и др. Клиническое руководство по ведению больных сахарным диабетом: Методич. Рекомендации. - Астана.- 2005. С. 5-7.

6. 8. Ступин В.А., Румянцева С.А., Силина Е.В. Как помочь больному сахарным диабетом. – Москва.- 2009. – 80 с.

7. 9. Хили П.М., Джекобсон Э.Дж. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Алгоритмический подход. Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ» 2007. - 280 с.

8. 10. Шустов С.Б., Халилов Ю. Ш., Баранов В.Л. Эндокринология в таблицах и схемах. М.: «Издательство МИА» – 2009. С.387 - 425.

СВЯЗЬ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Изденова Г.О.

Клиника «Стом-икс»

Не выясненная до конца патология и патогенез, высокая распространенность, разнообразие клинических проявлений, частые рецидивы и осложнения, неблагоприятный исход в отдаленные сроки

заболеваний пародонта, наносящий большой ущерб здоровью населения, делает актуальным комплексный подход к обследованию больных, страдающих патологией пародонта. Среди различных

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

факторов в патогенезе заболеваний пародонта важную роль играют нарушения иммунной системы организма.

В большинстве случаев болезни тканей пародонта протекают на фоне общей патологии организма, в особенности хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования. Оценить связь между заболеваниями пародонта и желудочно-кишечного тракта

Материал и методы:

Проведен осмотр 49 пациентов с заболеваниями тканей пародонта от 15 лет и

старше (30 женщин и 19 мужчин), тщательно собранный анамнез позволил выявить сопутствующие заболевания. Из числа осмотренных пациентов с заболеваниями пародонта без фоновой патологии – 9, остальные 40 имели различные хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и т.д.).

Диагноз заболеваний желудочно-кишечного тракта выявлялся из анамнеза пациента, а диагноз болезней пародонта ставился на основании клинико-рентгенологического обследования, пробы Шиллера-Писарева.

Таблица 1. - Осмотренные пациенты (2010г.).

Возраст пациентов	15-19 лет	20-44 года	Старше 45 лет
количество	5	34	10

Результаты и обсуждение:

У 40 пациентов из 45 заболевания

пародонта сочетались с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Таблица 2. - Распределение заболеваний.

Заболевания пародонта	Количество пациентов	
	без фоновой патологии	с заболеваниями ЖКТ
Гингивит	4	2
Пародонтит	4	20
Пародонтоз	1	18
Всего	9	40

Как видно из таблицы, больший процент пациентов страдает пародонтитом – 49% (24), гингивит выявлен у 12% (6).

Гингивиты наиболее часто выявлялись в возрасте от 15 до 19 лет, легкие формы пародонтита – в возрасте от 20 до 44, старше 45 лет развивались средние и тяжелые формы пародонтита. Пародонтоз диагностирован у пациентов от 30 лет и старше, причем без фоновой патологии – 3, на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта -8.

Выводы. С увеличением возраста и длительности хронической патологии желудочно-кишечного тракта нарастает частота и тяжесть течения заболеваний пародонта.

При выявлении заболеваний тканей пародонта, лечение необходимо проводить совместно с гастроэнтерологом.

Литература

1. Сафаров Т. Стоматология.-2006. -№4.- С.25.

ДИАГНОСТИКА КАРИЕСА

Изденова Г.О.

Клиника «Стом-икс»

Кариес зубов – это патологический процесс, характеризующийся очаговой деминерализацией твердых тканей зуба с образованием дефекта в виде полости, способный обостряться, стабилизироваться, приобретать различную активность и находится в разной степени компенсации хронического патологического процесса.

Состояние организма и, в частности, перенесенные и сопутствующие заболевания, также оказывают определенное влияние на степень пораженности зубов кариесом.

По глубине поражения различают: начальный, поверхностный, средний, глубокий.

Большое значение в развитии кариозного процесса имеет состояние иммунной системы, эндокринных желез и пищеварительной системы. В зависимости от состояния

организма течение кариеса может быть острым и хроническим.

Материал и методы:

Лица, обратившиеся в стоматологическую клинику с целью профилактического осмотра в возрасте 30-35 лет. Осмотр полости рта и анализ состояния имеющихся кариозных полостей в полости рта, сбор анамнеза.

Результаты и обсуждение:

Осмотрено 53 пациента, из них острый кариес имели 32 пациента, хронический кариес-21. Анамнез подтвердил наличие многих хронических заболеваний у лиц с острым течением кариозного процесса. Для острого течения кариеса характерно наличие светлого, влажного дентина. Для хронического течения - пигментация дентина, твердый дентин.

Таблица 1. - Наличие хронических заболеваний у осмотренных пациентов

Не имеют хронических заболеваний	Имеют одно хроническое заболевание	Имеют более одного хронического заболевания
18	19	16

Из таблицы видно, что 66% осмотренных пациентов имеют какое-либо хроническое заболевание, что влияет на течение кариозных процессов. Полость рта затрагивается патологическими процессами, происходящими в организме. При осмотре установлено: при остром течении кариес развивается в короткие сроки. Кариозная полость заполнена размягченным, светлым, влажным дентином, легко снимающимся экскаватором; при хроническом течении отмечается твердый, пигментированный дентин, процесс находится в стадии стабилизации. При остром кариесе зуб

беспокоит при воздействии химических и температурных раздражителей, при хроническом течении - не беспокоит.

Выводы

В результате проведенного анализа и оценки кариозных полостей у лиц в возрасте 30-35 лет установлено, что форма развития кариеса находится в прямой зависимости от состояния организма человека.

Литература:

1. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов, - Медицина. 1999 г. - С. 12

ДИНАМИКА БЕРЕМЕННОСТЕЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Имангазинов С.Б., Сорокина М.Е., Левина И.Ф., Ардабаева С.Н., Хасенова Г.Ж.

***Павлодарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД,
Павлодарский филиал Государственного медицинского университета г. Семей.***

Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) – ВИЧ-инфекция, является одним из опаснейших инфекционных заболеваний человека [1]. В Республике Казахстан наблюдается быстрое распространение ВИЧ-инфекции [2]. Общее число ВИЧ-инфицированных по состоянию на 01.01.2011 г. составляет 15771 человек, из них 1245 больных СПИДом. Наряду с ростом числа людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), также отмечается увеличение числа ВИЧ-позитивных женщин [3]. По данным РЦ СПИД, число ВИЧ-позитивных женщин в Республике составило 4531 [4]. Один из самых высоких показателей распространённости ВИЧ-инфекции отмечается в Павлодарской области (167,8 случая на 100 000 населения). Для Павлодарской области характерно увеличение доли женщин с ВИЧ-инфекцией, а также случаев детей, рождённых от них.

Материалами исследования явились карты эпидемиологического обследования очага ВИЧ-инфекции, карты диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными, медицинские карты прерывания беременности, индивидуальные карты беременной и родильницы, истории родов.

Нарастающим итогом с 1998 по 2010 год включительно, у 223 ВИЧ-инфицированных женщин зарегистрировано 320 случаев беременности. 97 женщин имели повторные беременности на фоне ВИЧ-инфекции. На момент установления факта беременности в возрастной группе от 16 до 20 лет наблюдалось 46 ВИЧ-инфицированных беременных, 21-25 лет – 168 беременных, 26-30 лет – 73 беременных, старше 30 лет – 33. Из 223 ВИЧ-инфицированных беременных 126 (56,5%) состояли в браке, 60 (26,5%) не имели постоянных половых партнёров. 40,8% беременных женщин являлись инъекционными потребителями наркотиков, 59,2% – инфицировались гетеросексуальным

путём. Подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных беременных являются жительницами городов – 201 (90,1%). Только 123 из них имели постоянную работу. У 58 замужних женщин источником заражения явились мужья. У незамужних женщин – в 38 случаях источником заражения явились сожители, в 48 случаях – партнёры по совместному введению наркотиков, в 11 случаях источник заражения не установлен. У 9 женщин ВИЧ-инфекция выявлена после родов, у 7 – за неделю до родов, 16 пациенток на учёте в женской консультации не состояли, у остальных наличие беременности выявлено в различные сроки. Удельный вес ранней постановки на диспансерный учёт по беременности составил 39,5 %.

Из 320 зарегистрированных на 01.01.2011 г. случаев беременности у ВИЧ-инфицированных, 25 закончились самопроизвольными выкидышами, медицинские аборт по медико-социальным показаниям произведены у 131 женщины после получения информированного согласия. У 128 женщин произошли срочные роды, у 8 – преждевременные роды в сроке 23-34 недели. Зарегистрированы 12 случаев внематочной беременности, 16 женщин пролонгировали беременность (таблица 1).

Начиная с 2002 года наблюдается устойчивая тенденция роста числа беременностей и родов. Так, если в 2002 году из 19 случаев беременностей закончились родами 3 беременности (15,8%), то в 2010 г. из 55 зарегистрированных случаев беременности, родами закончились 19 (34,5%).

Таким образом, в Павлодарской области, отмечается динамический рост числа случаев зарегистрированных беременностей и родов среди ВИЧ-позитивных женщин. 52,5% беременных представлены возрастом 21-25 лет. Более 50% женщин инфицированы половым путём. В области наблюдается устойчивая тенденция роста числа родов.

Таблица 1 - Динамика исходов беременностей по годам в Павлодарской области

Показатель	Год													Итого
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Число беременных	1	1	1	6	18	23	17	17	28	26	27	29	29	223
Число беременностей	1	1	1	6	19	26	21	26	36	37	45	46	55	320
Число родов	1	1	-	-	3	12	10	15	17	17	24	17	19	136
Число внематочных беременностей	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5	1	4	12
Число выкидышей	0	0	0	2	1	2	3	3	3	2	1	5	3	25
Число мед. аборт	0	0	1	3	15	12	8	8	8	20	15	17	24	131

Литература:

1 Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. – М.: Медицина, 1996. – 246 с.
2 Сапарбеков М.К., Шуратов И.Х., Чакликов Т.Е. и др. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции в Казахстане. - Алматы, 2000. - 176 с.

3 Имангазинов С.Б., Алшинбаева Г.У, Сорокина М.Е. ВИЧ-инфекция у женщин. - Павлодар, 2010. - 148 с.
4 ВИЧ-инфекция // Информационный статистический бюллетень РЦ СПИД. Годовой (2010). - Алматы, 2011. – 13 с.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЛЯМБЛИОЗА

Искакова А.К.

Поликлиника №1, г. Экибастуз

Возбудитель лямблиоза – *Giardia lamblia* (в нашей стране сохраняется название *Lambliа intestinalis*) – простейшее, обитающее в просвете тонкой кишки человека. Поражают лямблии и различные виды животных: кошек, собак, кроликов, морских свинок. Обнаружены они в кишечнике мух и тараканов. Источник инвазии – человек и реже животные. Механизм передачи – фекально-оральный, пути – контактный, пищевой, водный, причем хлорирование воды не убивает цисты лямблий. В литературе указывается на генетическую предрасположенность к лямблиозу у лиц с персистирующей инвазией лямблиями высока частота антигенов главного комплекса гистосовместимости HLA – B5, B14, DR3, DR4, DR7. Гаплотипы A9, B5 и A1, B5 рассматривают как маркеры предрасположенности к лямблиозу. Выделяют

вегетативные формы и цисты, образующие из них. В отличие от бактерий лямблии способны поглощать продукты каемки, вмешиваться непосредственно в процесс мембранного пищеварения и нарушать его. Лишь при достаточном их заселении верхних отделов тонкого кишечника происходит распространение и в нижние отделы. Большинство исследователей отрицают возможность паразитирования лямблий в желчных путях и желчном пузыре в виду губительного действия концентрированной желчи. Цисты образуются в нижних отделах тонкой кишки и в ободочной кишке. Рост числа паразитов происходит в результате бинарного деления вегетативных форм и инцистирования лямблий. Богатая углеводами диета, снижение кислотности желудочного сока, белковое голодание, нарушение

иммунитета, консерванты и красители, вкусовые добавки в составе ряда импортных пищевых продуктов способствует резкому увеличению количества лямблий, а преимущественно белковая диета, наоборот, к угнетению числа особей. Высокая интенсивность пристеночного пищеварения у детей, богатая углеводами пища являются одними из основных причин большей пораженности детей по сравнению со взрослыми.

Лямблии относятся к наиболее распространенным видам кишечных паразитов во всем мире, повсеместно наблюдается рост заболеваемости лямблиозом, особенно среди дошкольников 3 – 6 лет. Довольно высоки семейные случаи лямблиоза.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного лечения лямблиоза.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 16 детей и 26 взрослых. Возраст составлял от 8 мес. до 54 лет. Диагноз был верифицирован на основании клинко-лабораторного обследования, подтвержден обнаружением в испражнениях больных и дуоденальном содержимом цист лямблий.

Большинство пациентов получали в амбулаторных условиях метронидазол, фуразолидон, тинидазол повторными курсами. В ряде случаев отмечались неэффективность проводимой терапии, что можно связать с устойчивостью к препаратам возбудителя. Отмечено, что у пациентов со сниженным уровнем Ig A лямблиоз излечивается с большим трудом. А среди обратившихся пациентов это встречалось нередко. У других пациентов контрольные паразитологические исследования давали отрицательный результат, но сохранялись клинические проявления болезни. Неэффективность предыдущего лечения, непереносимость препаратов, наличие побочных эффектов у противоязвенных препаратов или сохранение клинических жалоб заставило больных искать альтернативные пути лечения.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что случаи семейной инвазии встречались более, чем в 90% случаев, а самым маленьким пациентом в нашей практике была 8-месячная девочка.

Среди обратившихся больных по поводу различных функциональных расстройств кишечника, дискинезий желчевыводящих путей, реактивного панкреатита детей было – 8, взрослых – 13.

Выделяются клинические формы лямблиоза: латентную и с клиническими проявлениями (острое течение и затяжное рецидивирующее). По нашим данным, наиболее часто встречаются субклиническая и бессимптомная форма. Причем среди членов одной семьи, чаще у детей наблюдались клинические и субклинические формы, а у взрослых – латентные. Дети чаще жаловались на периодическую непродолжительную диарею, тошноту, снижение аппетита, периодическую боль в верхней половине живота и средней эпигастральной области, вздутие кишечника, непереносимость лактозы, головную боль, повышенную утомляемость, раздражительность. У детей в возрасте 9-14 лет и взрослых чаще отмечались жалобы на боль в правом подреберье, тошноту, горечь и сухость во рту, головную боль, нарушение сна, чувство преждевременного насыщения, то есть преобладали симптомы дискинезии желчевыводящих путей, диспанкреатизма, реактивного панкреатита. Нередко преобладающими были астеноневротические жалобы: головная боль, головокружение, слабость, повышенная утомляемость, снижение аппетита, нарушение сна, боль в области сердца. У 80% детей (у 13 из 16) и 27% взрослых (у 7 из 26) отмечались аллергические проявления в виде кожного зуда, атопического дерматита, крапивницы, бронхиальной астмы и астматического бронхита, рецидивирующего упорного блефарита, аллергическая риносинусопатия.

Лечение осуществлялось в 2 этапа. На первом – проводили лечение орнизолом, взрослым - 3 таблетки в сутки после еды, одновременно в течение 3-х дней.

Детям с массой 30 кг, из расчета 40 мг-кг – однократно, в сочетании со спазмолитиками, ферментами ЖКТ, сорбентами и тюбажами. На втором этапе после ликвидации лямблий – желчегонные препараты, пробиотики и регулирующие функции ЖКТ, «Транзитор ЖКТ». Отмечалось значительное улучшение общего самочувствия: исчезал болевой

синдром, астеновегетативный и диспепсический синдромы, исчезали нервные тики, у 5 из 8 отмечено исчезновение аллергической риносинусопатии, у 1 из 3 исчезли астматические приступы, снизилась до нормы эозинофилия периферической крови, у 7 из 18, исчезла головная боль.

В течение 1 – 2 дней после проведенной терапии отмечалось усиление проявлений фазы экскреции: усилились выделения из носа, появился разжиженный стул, усилились имевшиеся или появились кратковременные кожные высыпания, повысилась температура тела до субфебрильных значений.

Эффективность терапии оценивали копроскопически по окончании лечения и анализом желчи.

Результаты - санировалось 82,3% больных, в лечение остальных больных были отмечены реинфекция, неэффективная доза лекарственных средств и им проводили повторное медикаментозное лечение.

Выводы. Таким образом, эффективность лечения лямблиоза заключалась в этапности терапии в сочетании с патогенетическими средствами, что позволило санировать до 82,3% больных.

СПЕЛЕОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Искакова А.К.

Поликлиники №1, г. Экибастуз

Хронические заболевания органов дыхания (ХОБЛ) в настоящее время занимают четвертое место в структуре основных причин смертности населения, а их вклад в снижение трудоспособности и инвалидизацию населения ещё более значителен. Нет достаточных оснований рассчитывать на улучшение ситуации в ближайшей перспективе, поскольку темпы загрязнения воздуха и применение химических продуктов на производстве, в сельском хозяйстве и быту пока значительно опережают возможности оздоровления. Положение усугубляется тем, что под влиянием внешних и внутренних факторов изменился характер течения воспалительных заболеваний и возросло число лиц с повышенной бронхиальной реактивностью. Для воспалительных заболеваний бронхолегочной системы стали характерными склонность к затяжному течению и хронизации, раннее присоединение аллергических осложнений.

Патологический процесс при наиболее распространенных заболеваниях – хроническом обструктивном заболевании легких

(ХОБЛ) и бронхиальной астме - практически малообратимый, что определяет некоторые особенности реабилитационных мероприятий.

Спелеотерапия. Спелеоклиматическое лечение вполне можно обозначить как комплексный вид лечения, поскольку на организм больного оказывают воздействие разнообразные факторы микроклимата камеры: температура, влажность, высокая ионизация воздуха, ингаляция высокодисперсного аэрозоля, психологические факторы (ощущение временной изоляции от агрессивной внешней среды), фактор элиминации аллергенов, низкая бактериальная обсемененность.

В воздухе спелеолечебницы содержатся частицы солей, размеры которых на 80-90% составляют 5 мкм, т.е. являются оптимальными для проникновения в бронхиолы. Таким образом, имеется возможность воздействовать аэрозолем непосредственно на патологический процесс. Частицы аэрозоля действуют в 2-х направлениях: крупные частицы в верхних отделах дыхательных путей увеличивают

осмотическое давление в мокроте, усиливают приток жидкой части крови, протекающей через легкие, к слизистой оболочке и в просвет бронхов, чем способствуют разжижению мокроты и её последующему удалению из дыхательных путей. Увеличение осмотического давления и изменение химического состава мокроты угнетает рост и препятствует развитию микрофлоры в бронхиальном канале, вследствие чего уменьшается количество поступающих в организм токсинов и аллергенов, исчезают аллергические реакции.

Клинический случай

Больная Ш. 57 г. Диагноз: Бронхиальная астма средней степени тяжести. Частично контролируемая. На протяжении нескольких лет получает средние дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с α -2 агонистами длительного действия, α -2 агонистами быстрого действия – по потребности. Предъявляет жалобы на кашель с трудно-отделяемой мокротой, одышку и затрудненное дыхание при ходьбе, эпизоды затрудненного дыхания, свистящих хрипов в утренние часы. При перкуссии легких отмечен

легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации – умеренно удлинённый выдох, единичные сухие хрипы на выдохе. При обследовании – нарушение функции внешнего дыхания ПСВ < 80% должных значений в любой день. В анализе крови повышенное количество эозинофилов.

Назначено комплексное лечение: спелеотерапия, травяные ингаляции (грудной сбор), физиотерапия (магнитотерапия). Продолжительность лечения спелеотерапии – 20 сеансов.

В результате проведенного лечения отмечен хороший эффект: значительно уменьшились клинические проявления заболевания, исчезли признаки бронхоспазма, показатели функции внешнего дыхания значительно уменьшились по сравнению с исходными (более чем на 15%), нормализовалось количество эозинофилов в периферической крови.

Таким образом, курсовое лечение в спелеокамере улучшает течение бронхиальной астмы, доказывает положительный эффект в сочетании с базисной противовоспалительной терапией.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Канафина Л.Р., Сакенова Г.Ж., Макиевская Е.В., Айтжанова. Ш.Г., Мотовилов А.Д.

Городская больница №1, г. Павлодар

В 2007-2009 году врачами нашего отделения был проведен регистр инсультов по г. Павлодару. По данным регистра: из числа больных поступивших в стационар в острый

период ОНМК: инфаркт мозга - 70-80% случаев, кровоизлияние в мозг - 20-25% случаев, субарахноидальное кровоизлияние - 5% случаев.

	2007	2008	2009
Нозологии	К-во случаев	К-во случаев	К-во случаев
САК	26	29	20
ГИ	81	69	61
ИИ	580	535	597
Инсульты неуточненного характера	120	115	137

По данным таблицы видно, что инфаркт головного мозга является наиболее часто встречающейся патологией среди сосудистых

заболеваний. Поэтому проблема лечения больных с ишемическим инсультом остается одной из наиболее актуальных и трудных в

современной неврологии.

Цель работы: поиск новых методов лечения и современный подход к реабилитации больных, перенесших инсульт.

Это позволит: 1) снизить уровень инвалидизации, 2) повысить уровень качества жизни, 3) вернуть к близкому к нормальному образу жизни. Профессиональная неудовлетворенность неврологов, работающих в нейрососудистых отделениях, часто связана с отсутствием зримого эффекта лечения этих критических состояний.

Материалы и методы исследования.

Были применены следующие исследования:

В острой фазе ишемического инсульта медицинский персонал отделения провели анализ терапевтического эффекта различных групп антикоагулянтов. В обследовании участвовали 471 больной, было сделано заключение, что низкомолекулярные гепарины (эноксапарин (клексан), фраксипарин и др.) укорачивают сроки восстановления двигательных функций и дают купирование очаговой неврологической симптоматики на 2-4 сутки. Низкомолекулярные гепарины обладают преимущественно анти-Ха факторной активностью, причем ингибируют даже те молекулы фактора Ха, которые успели связаться с поверхностью тромбоцитов. Преимуществами НМГ являются также меньшее связывание их с эндотелием сосудов и плазменными белками, что ведет к лучшей усвояемости этих препаратов и быстрой их всасываемости из подкожных жировых депо (после подкожного введения «усваивается» 90% НМГ и лишь 15-30% обычного гепарина). Геморрагические осложнения при использовании НМГ, как правило, более редки и менее выражены, чем при лечении обычным гепарином. Важным является тот факт, что эти препараты предотвращают риск развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей и эмболии легочной артерии – одной из наиболее грозных осложнений острого периода инсульта. Назначение клексана по 40 мг каждые 12 часов и фраксипарина по 0,3-0,6 мл п/к в течение 10 дней: 1) снижает 30-дневную и 6-месячную летальность, 2) улучшает исход

инсульта с уменьшением показателей инвалидизации через 3 и 6 месяцев.

С целью предупреждения тромбообразования и эмболии церебральных артерий широко используем антиагреганты, в сочетании с антикоагулянтами или изолированно. Препаратом первого выбора является аспирин (50-325 мг 1 раз в сутки). Комбинация аспирина 50 мг + пролонгированного дипиридамола (200 мг два раза в день) более эффективна, чем монотерапия одним из препаратов. Назначение плавикса методом «Пульс - терапии» и в сочетании со стандартным методом лечения, но без антикоагулянтов прямого воздействия. Препарат назначался в первые 4-6 часов после начала заболевания при отсутствии сопутствующих заболеваний. В дальнейшем плавикс принимается по 75 мг- 1 раз в день под контролем анализов (развернутый анализ крови, ОАМ, креатинин, мочевины) 1 раз в 3 месяца. Данная методика показала более быстрый регресс неврологического дефицита. Она приемлема для больных молодого возраста и больных ишемической болезнью сердца в острейший период ишемического инсульта. Более того, отделением ОНМК, организовано среди неврологов города (15 неврологов) динамическое наблюдение за больными с длительным применением плавикса с целью вторичной профилактики инсультов, тромбозов нижних конечностей и ОИМ. Динамика наблюдения велась за гемореологическими анализами (ПТИ, АЧТВ, фибриноген, тромбиновое время, тромбоциты крови). У больных, получавших плавикс в наблюдаемой группе, в течение года не было повторных ОНМК, ОИМ, что также уменьшает также вероятность тромбоза глубоких вен голени и эмболии легочной артерии

В отделении внедрено применение диспорта при грубых спастических параличах, больным перенесшим инсульт. С целью снижения спастичности в конечностях и улучшения двигательной функции, диспорт применялся у 5 пациентов (основная группа) с грубым спастическими параличами после инсульта. 1 больной 30 лет, 1 больной 50 лет и 3 больных 60 –70 лет. Все пациенты мужчины. Доза препарата для верхней конечности 1000

ед, для нижней 500 ед. Контрольная группа: 5 пациентов не принимали диспорт.

Результаты.

В основной группе в возрасте 30- 50 лет объём движения плечевого сустава восстановился до 45 градусов, локтевой сустав раскрывался на 65 – 70 градусов, голеностопный сустав выпрямился на 12 градусов. Значительно восстановилась синхронность движений у больных в возрасте 50 лет, 60-70 лет в течение полугода.

Таким образом, применение диспорта в целях реабилитации двигательных функции, в восстановительном периоде приводит к снижению спастичности и восстановлению синхронности движений, снижению болевого синдрома.

В последние несколько лет для лечения ишемического и геморрагического инсульта разной степени тяжести используем различные комбинации препаратов с нейротрансмиссивным, нейротрофическим и нейромодуляторным действием; сочетание актовегина и цераксона; а также глиатилин, мексидол и фенотропил. Комбинированное применение антигипоксантов (актовегина - 250 мл 10-20% раствора) с нейропротектором цераксоном в дозе 1000 мг - 2 раза в сутки в ранние сроки инсульта более быстро активизировало сознание, уменьшило выраженность афазии, более быстро регрессировала пирамидная симптоматика в виде гемипарезов, сократило длительность пребывания больного в стационаре.

У больных с сенсорно-амнестическими нарушениями и моторной афазией после

проведения курса лечения глиатилином, мексидолом и фенотропилом выявлено отчетливое возрастание объема оперативной памяти, более высокие концентрации и устойчивости внимания, ускорение выполнения методик, характеризующих темп мышления. Было отмечено уменьшение эмоциональной лабильности, углубление ночного сна. При сочетании мексидола, глиатилина и фенотропила отмечается улучшение речевых функций.

Таким образом, данные наблюдения показали, что при адекватном назначении медикаментозной терапии в острый период ишемического инсульта, можно добиться хороших положительных результатов восстановления когнитивных и двигательных функции в раннем периоде инсульта.

Литература:

1. Верецагин Н.В, Пирадов М.А. Инсульт: состояние проблемы. Неотложные состояния в неврологии // Всероссийское рабочее совещание неврологов России: Тр.- Орел-М., 2002.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга.- М.: Медицина, 2001.
3. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Камчатное П.Р. Лечение и профилактика ишемического инсульта - достижения и перспективы// неотложные состояния в неврологии. - Орел-М., 2002. - с. 13-21.
4. Верецагин Н.В., Пирамидов М.А., Суслина З.А. (ред.). Принципы диагностики и лечения больных в остром периоде инсульта// Consilium medicum 2001.- 5 – с. 221-225.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЗАТЯЖНЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Касимова Б.К.

КГКП «Городская поликлиника №2» г. Павлодар

Респираторные заболевания остаются самыми распространенными в детской популяции. Каждое восьмое ОРЗ осложняется развитием пневмонии. Пневмония занимает

важное место в детской и младенческой смертности. У детей раннего возраста пневмония является одной из ведущих причин летальности. Наиболее часто болеют дети,

проживающие в условиях промышленно развитых регионов, при возрастающей нагрузке ксенобиотиками, аллергенами и другими агрессивными факторами. В этиологии пневмонии большое значение имеет кокковая флора, нередко в ассоциации с патогенными и условно-патогенными микроорганизмами (грибковой, паразитарной, хламидийной, микоплазменной и др. природы), что осложняет выбор и снижает эффективность адекватной этиотропной терапии. Отмечен рост распространенности резистентных штаммов возбудителей, появление дисбиотических нарушений в микробиоценозе дыхательных путей. У часто болеющих детей выявляются иммунные нарушения, что способствует прогрессированию бактериальных осложнений при пневмонии. Совокупность перечисленных факторов может способствовать неблагоприятному исходу пневмонии, появлению затяжных и осложненных форм. В настоящее время накоплен большой опыт использования рекомбинантного интерлейкина-2 Ронколейкина (rIL-2) для лечения различных инфекционных заболеваний. rIL-2 направленно влияет на рост, дифференцировку и активацию Т- и В-лимфоцитов, моноцитов, макрофагов, некоторых других клеток. Расширение спектра действия эффекторных клеток обуславливает элиминацию разнообразных патогенных микроорганизмов (вирусов, бактерий, грибов), а также инфицированных клеток. В клинической практике rIL-2 использовался в основном у взрослых. Однако уже получены хорошие результаты при введении ронколейкина в комплексную терапию бактериальных инфекций (пневмонии, сепсиса) у новорожденных детей. Ронколейкин успешно применялся как при парентеральном пути введения (подкожно, внутривенно), так и при местной терапии, например, синуситов. При распылении раствора rIL-2 его биологическая активность в аэрозольном облаке увеличивается в 3-4 раза по отношению к исходной. Проведенные дальнейшие исследования показали высокую клинико-иммунологическую эффективность использования ингаляционного пути введения Ронколейкина для санации респираторного

тракта у часто болеющих детей.

Цель исследования: изучение эффективности локальной цитокинотерапии рекомбинантным интерлейкином-2 (Ронколейкином) у детей с затяжным и осложненным течением пневмонии, при ингаляционном и эндобронхиальном пути введения.

Материалы и методы. Обследованы больные с затяжным и осложненным (гнойные легочные осложнения) течением пневмонии в возрасте от 3-х до 18 лет, получавшие в комплексном лечении rIL-2 (Ронколейкин) ингаляционно (20 больных) или во время санационной бронхоскопии (98 больных). Проводилась оценка динамики клинической картины заболевания, сроков выздоровления, этиотропного действия, иммунокорригирующего действия, изменения резидентных свойств микроорганизмов. Способами введения Ронколейкина у детей с осложненными и затяжными формами пневмоний были: ингаляционное (через небулайзер) в дозе 125-250 тыс МЕ Ронколейкина, №3-5 и эндобронхиальное (во время диагностической или санационной бронхоскопии), в дозе 125-250 тыс МЕ Ронколейкина №2-3. Первоначально производилась аспирация патологического содержимого (мокроты) из трахеобронхиального дерева. Далее выполнялась санация бронхиального дерева растворами антибиотиков или антисептиков (диоксидин) до полного восстановления проходимости бронхов. После чего вводился раствор интерлейкина-2 (125 000 МЕ на 5 мл физ. раствора детям от 3-х до 7 лет, 250 000 МЕ на 5 мл физ. раствора детям от 7 лет до 18 лет).

Результаты. Отмечалась положительная динамика всех показателей выздоровления и реабилитации детей по сравнению с детьми не получавших в комплексном лечении Ронколейкин.

Выводы. Включение Ронколейкина в комплексное лечение пневмонии у детей с затяжным и осложненным течением при использовании ингаляционного и эндобронхиального пути введения способствовало: ускорению элиминации возбудителя, изменению резидентных свойств

условно-патогенной флоры, быстрому купированию основных клинических симптомов заболевания, выраженному снижению лабораторной активности воспалительного процесса (СРБ, сиаловая кислота, СОЭ), улучшению показателей неспецифической защиты (уровень лизоцима, БАСК, sIgA), снижению уровня провоспалительных цитокинов (IL-6), значительному снижению сроков пребывания больного в стационаре. Основными факторами, лежащими в основе высокой эффективности местного (ингаляционного, эндобронхиального и др.) введения rIL-2,

являются: быстрое и пролонгированное насыщение биологических жидкостей (секрет ротовой полости, мокрота, межклеточная жидкость), сочетание противоинфекционного и иммунокорректирующего (прямого и опосредованного) действия rIL-2 на измененные воспалительным инфекционным процессом отделы респираторного тракта, коррекция нарушений местного иммунитета и неспецифической резистентности, коррекция микроциркуляторных нарушений, изменение вязкости мокроты, улучшающее ее экспекторацию.

ОПЫТ ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПТРАЛА У ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Комков А.П., Сейтказина Г.Т.

БСМП, Городская больница №1

Цель работы: оценка эффективного применения современного гепатопротектора у больных с поражением печени. Основное действующее вещество - адеметионин (биологическое вещество, входящее в состав всех тканей и жидких сред организма). Выпускают гептрал: 1) таблетки по 0,4 г, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, - 10 или 20 шт. в упаковке; 2) лиофилизированное сухое вещество для инъекций во флаконах в комплекте с растворителем (в 1 флаконе — 0,4 мг адеметионина) — 5 шт. в упаковке.

Материалы и методы: нами проведена оценка эффективности данного препарата в отделении у 20 больных: средний возраст больных $35 \pm 5,0$. Выделили две группы больных: 1 группа - 10 больных с диагнозом острый алкогольный гепатит. 2 группа - 10 больных с диагнозом – токсический гепатит.

Гептрал назначался в комбинированной форме: первые пять дней производилось в/в инфузия препарата, в последующем больных переводили на прием препарата per os. Курс лечения составил 10 дней.

Оценка эффективности препарата проводилась по следующим показателям:

1) Субъективные данные: улучшение самочувствия; значительное улучшение самочувствия; нет улучшения самочувствия.

2) Объективные критерии: уменьшение желтушности кожных покровов и склер; уменьшение размеров печени; уменьшение размеров печени по данным УЗИ брюшной полости;

3) Лабораторные данные: уровень общего билирубина в крови; уровень трансаминаз.

Результаты В результате проведенного лечения препаратом гептрал нами были получены следующие результаты:

1) Субъективные данные: улучшение самочувствия - у 10 больных (50%); значительное улучшение - у 10 больных (50%).

2) Объективные данные: у всех больных на 10 день лечения исчезла желтушность кожных покровов и склер; уменьшились размеры печени, что подтверждалось данными УЗИ в динамике;

3) Лабораторные данные: у всех больных нормализовались показатели общего

билирубина, пришли к норме показатели АЛТ.

Вывод: гептрал является одним из самых эффективных современных гепатопротекторов, который способствует регенерации

клеток печени, хорошо переносится, дает быстрый терапевтический эффект и рекомендуется для лечения патологии печени у токсикологических больных.

ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Комков А.П.

Городская больница №1, Павлодар

При анализе частоты острых отравлений угарным газом за последние 3 года (2008 - 2010 год) по токсикологическому отделению выявлено: в 2008 году – 18 случаев (2.8% всех госпитализированных), в 2009 году- 21 случай (3.1%) и в 2010 году 25 случаев (3.4%). Прослеживается рост числа случаев острых отравлений угарным газом, также возросло количество больных с тяжёлыми формами отравления угарным газом.

Больная С., 24 лет госпитализирована в реанимационное отделение 16 мая 2011 года в крайне тяжёлом состоянии. Из анамнеза, собранного со слов родственников, семья из 3 человек (муж, жена и ребёнок 2 лет) затопили печь вечером 15 мая 2011 и на ночь, для сохранения тепла закрыли заслонку в печной трубе, были найдены родственниками без сознания лишь к обеду 16.05.2011.). Были доставлены в приёмный покой бригадой скорой медицинской помощи (жена госпитализирована экстренно в реанимационное отделение, муж госпитализирован в отделение токсикологии). Ребёнок умер через 30 минут после госпитализации в реанимационное отделение детской областной больницы.

При поступлении женщина в крайне тяжёлом состоянии. Сознание кома. Выраженная одышка. ЧДД - 28 дыхания в минуту. Умеренного питания. Кожные покровы бледные, акроцианоз. В легких - влажные хрипы по всем полям. При аускультации тоны сердца приглушены, чсс 120 ударов в минуту, ритм сердца правильный. АД 90/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, перистальтика выслушивается. Селезенка не пальпируется.

Отёков нет. В общем анализе крови - Нв 122 г/л, эритроциты 3,6 млн., лейкоциты 23,2 тыс. Соз 17 ммоль/л, ц.п. 0,8, ретикулоциты 13%, эозиноф. 2, палочк.5. сегмент. 62. лимф. 22, мон. 4; биохимические анализы: билирубин общий 19,4 ммоль/л, билирубин прямой отрицат., АЛТ 0,27 ммоль/л, АСТ 0,30 ммоль/л, тимоловая проба 4,5 ед.; мочевины 7,8 ммоль/л, креатинин 0,08 ммоль/л, диастоза 48 и/л, сахар крови 4,0 ммоль/л, общий белок 66 г/л, общий анализ мочи- белок 0.033 г/л, лейкоц. 3-4 в п.з.эритроциты – 0-1 в п.з.

ЭКГ - синусовая тахикардия, ЧСС 100 ударов в минуту. Ишемия боковой стенки левого желудочка. Обзорная R- грамм легких - отек легких, возможно с развитием двухсторонней ожоговой пневмонии..

Больной выставлен клинический диагноз: Острое отравление угарным газом тяжёлой степени тяжести. Токсическая энцефалопатия. Токсический отёк лёгких, 2-х сторонняя пневмония.

На фоне проводимой комплексного лечения, включая ГБО, антидотной, дезинтоксикационной, симптоматической терапии состояние больной значительно улучшилось, на 4 сутки больная пришла в сознание и переведена в токсикологическое отделение для дальнейшего лечения. На контрольной ЭКГ ишемия исчезла, на контрольной R-грамме органов грудной клетки явления отёка лёгких купированы, пневмония рассосалась. Нормализовались общехимические и биохимические анализы крови. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Курс лечения составил 14 дней.

Вывод: данный случай является ярким примером токсического влияния угарного газа на функцию внутренних органов, вызвавших

декомпенсацию. Пациентка выздоровела благодаря своевременно проведенной адекватной комплексной терапии.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Комков А.П.

КГКП «Городская больница №1 г.Павлодара»

Расширение масштабов производства и использования химических веществ во всех отраслях народного хозяйства, промышленности, строительстве, энергетике, сельском хозяйстве, использование средств бытовой химии, лекарственных веществ, косметических средств и т.п. способствует возрастанию токсикантной нагрузки на население республики. В связи с накоплением значительных количеств потенциально опасных химических средств на производстве (химическая, нефтехимическая, горнорудная и др. отрасли промышленности), увеличением интенсивности их перевозок железнодорожным и автомобильным транспортом возрастает риск случайных нетехнологических выбросов и проливов вредных веществ в окружающую среду. При этом загрязнение поверхностных и подземных вод, почвы, воздуха может достигать значительных величин. В течение последних десятилетий отмечается неуклонный рост числа заболеваний, связанных с воздействием на организм человека различных химических соединений, что подтверждается повышением количества отравлений как во всем мире, так и в Республике Казахстан.

Цель работы: провести анализ работы токсикологической службы Павлодарской области.

Материалы и методы. Изучена заболеваемость острыми отравлениями (ОО) за период с 2008 по 2010 гг. по данным Больницы скорой медицинской помощи города Павлодара (БСМП) и Городской больницы №1

Результаты. Экстренная помощь

токсикологическим больным (взрослому населению) Павлодара и Павлодарской области оказывалась в условиях терапевтического отделения БСМП на 15 токсикологических койках, с сентября 2011 года в терапевтическом отделении Городской больницы №1 на 10 токсикологических койках. Проведя анализ выписанных больных из терапевтического отделения можно отметить высокий удельный вес среди них токсикологических больных. В 2008 году удельный вес токсикологических больных составил - 46,2%; в 2009 году -47,7%; в 2010 году -45%.

За последние три года уменьшилось количество больных, обратившихся по поводу отравлений: в 2008 году обратилось 1691; в 2009 году -2780; в 2010 году - 2630. Соответственно госпитализировано: в 2008 году - 997; в 2009 году - 1035; в 2010 году - 802. Анализируя причины отказов, можно отметить, что в 57% (в 2008 году) -75%(в 2010 году) - не было показаний; что в 5.7% (в 2008 году) и 2.5% (в 2010 году) было непрофильное обращение; в 36.3% (2008году) и 22.5% (в 2010 году) имело место отказ больных от госпитализации.

Из общего количества отравлений наибольшее количество составляет отравление алкоголем (ОА), хотя во всем мире на 1 месте - отравления медикаментозные. Из общего количества отравлений ОА в 2008 году составляют 67.9%; в 2009 году - 77.5%; в 2010 году - 72.5%. На втором месте отравления медикаментами: 2008 год - 15.7%; в 2009 году - 8.3%; в 2010 году - 18.3%. На третьем месте

отравления уксусной кислотой: в 2008 году - 5,5%; в 2009 году - 5,5%; в 2010 году - 3,5%. Отравления неизвестным веществом: в 2008 году - 2,4%; в 2009 году - 0,5%; в 2010 году - 2,5%. Отравления угарным газом: в 2008 году - 3,6%; в 2009 года - 3,2%; в 2010 году - 3,2%. Отравления наркотиками: в 2008 году - 2,3%; в 2009 году - 1,1%; в 2010 году - 0,5%.

Проводился анализ выписанных токсикологических больных по половому признаку. Мужчин с ОО поступаю больше, чем женщин. За последние три года имеется тенденция к увеличению количества женщин. Из общего количества пролеченных больных в 2008 году 86,4% мужчин, 13,6% женщин; в 2009 году 73,65% мужчин, 26,3% женщин; в 2010 году 63,4% мужчин, 36,5% женщин.

Удельный вес умерших токсикологических больных среди все больных, умерших в терапевтическом отделении высокий: 2008 год - 53,6%; 2009 год - 59,6%; 2010 год - 62,6%. Летальность от острых отравлений высокая и имеет тенденцию к повышению за последние три года в связи с поступлением более тяжёлых реанимационных больных (до 45% досуточная летальность): с 4,7 в 2008 году; 2009 год- 3,7; до 6,1 в 2010 году.

Выводы. Острые отравления являются

актуальной проблемой здравоохранения Павлодарской области. Удельный вес токсикологических больных, поступающих в терапевтическое отделение, остается высоким. Увеличивается количество женщин, поступающих с отравлением алкоголем. Актуальным является приобретение базы данных по токсикологии, предусматривающей широкой внедрение компьютерных технологий в процессы диагностики, лечения, профилактики острых химических отравлений, развития информационно - консультативной поддержки врачей различного профиля и населения по вопросам острого химического воздействия.

Именно информационно - консультативная помощь, предоставляемая по телефону и другим каналам связи, позволит своевременно и грамотно провести экстренные диагностические, лечебные и профилактические мероприятия в случае острого химического воздействия как при индивидуальных, так и массовых отравлениях. При этом информационно - консультативной помощь предоставляется не только медицинским работникам, другим должностным лицам, но и населению.

КОМБИНИРОВАННАЯ ЭПИДУРАЛЬНО-СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЕЙ В ХИРУРГИИ

**Мамыров Д.У., Жакупов Р.К., Мамыров Е.Д., Ганюкова О.В.,
Каирбеков Ш.О., Аргандыкова У.Р., Касбаева М.С.**

Курс анестезиологии и реаниматологии Павлодарского филиала ГМУ г. Семей – ФУВ

Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА) была предложена Brownridge в 1981 году. Витенбек И.А. (СССР) – в 1981 году предложил пункцию ЭП и СП на одном уровне по методике “игла в игле”. Вместе с тем, быстро наступающий спинальный блок при КСЭА ограничивает время для безопасной постановки эпидурального катетера, поскольку сопровождается быстро наступающими

изменениями симпатической и двигательной чувствительности, приводящими к нарушениям гемодинамики и двигательной блокаде. Также, известна методика КСЭА в модификации Р. Kumar. В данной модификации использовалась игла размером 25G для спинальной анестезии.

Цель исследования. Сравнительное изучение методов комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА) в

двух вариантах и комбинированной эпидурально-спинальной анестезии (КЭСА), по предложенной нами методике, с применением электронейростимуляции (ЭНС) при оперативных вмешательствах.

Материал и методы исследования. При исследовании вариантов КЭСА нами была разработана и внедрена методика комбинированной эпидурально-спинальной анестезии (КЭСА) с применением электронейростимуляции. Нами получено положительное решение НИИС РК о выдаче предварительного инновационного патента на изобретение от 25.03.2011г., за №12-3/1055, по номеру заявки 2010/1013.1 от 09.08.2010г. - «Способ комбинированной эпидурально-спинальной анестезии (КЭСА)». В исследование нами были включены пациенты в возрасте от 25 до 69 лет, оперированные по поводу различных хирургических заболеваний в плановом и экстренном порядке. Всех больных разделили на 3 группы. В I контрольной группе было 33 больных в возрасте от 25 до 68 лет. Во II группе было 31 больных, в возрасте от 25 до 67 лет. В III группе было 27 больных в возрасте от 22 до 69 лет. Больным проводились хирургические вмешательства на органах брюшной полости, сосудах нижних конечностей, травматологические и гинекологические операции. Группы были сравнимы по объему и характеру оперативного вмешательства.

У больных контрольной I группы методика выполнения КЭСА была общепринятая и проводилась доступными локальными анестетиками 2% раствором лидокаина, который вводили в субарахноидальное пространство и 0,5% раствором бупивакаина, который вводили в эпидуральное пространство. У больных II группы была применена методика КЭСА на разных уровнях. Для пункции эпидурального пространства использовали обычные иглы размером 18G, для спинальной пункции иглы размером от 21 до 25G со срезом Quinke или Sprotte-tip. У больных III группы методика КЭСА заключалась в применении изолированной иглы размером 21G со срезом Quinke типа Stimuplex или Sprotte-tip фирмы Pajunk (Germany) размером 22G и электронейростимулятора Stimuplex-DIG фирмы B.Braun (Germany). Особенностью предложенной методики было использование

электронейростимулятора (ЭНС) Stimuplex-DIG. После идентификации эпидурального пространства вводили тест-дозу локального анестетика, а затем через 5 минут, вводили основную дозу, которая была меньше на 25-30% от расчетной величины. После этого иглу подключали к ЭНС и продвигали ее вперед с целью пункции субарахноидального пространства. Пункцию субарахноидального пространства идентифицировали с помощью способа, изобретенного нами – «Способ идентификации субарахноидального пространства» - предварительный патент от 05.04.2011г. №12-3/278 по заявке №2010/0578.1 от 06.05.2010г. НИИС республики Казахстан. После пункции из иглы появлялась прозрачная спинномозговая жидкость. После подтверждения попадания кончика иглы для электростимуляции в субарахноидальное пространство с помощью ЭНС, вводили дозу локального анестетика, которую уменьшали на 25-30%.

При КЭСА, у больных I группы, в субарахноидальное пространство вводили раствор 2% лидокаина и после наступления спинальной анестезии начинали оперативное вмешательство. В эпидуральный катетер локальный анестетик во время операции вводили в случаях получения неадекватной спинальной анестезии или окончания действия спинальной анестезии, например, при операции, превышающей по длительности действие спинального компонента КЭСА. В эпидуральный катетер, в этих случаях, вводили 0,5% раствор бупивакаина дробными дозами. У больных II группы, локальный анестетик вначале вводили в субарахноидальное пространство на 1-2 межкостистых промежутка ниже места эпидуральной пункции. Далее, через эпидуральный катетер выполнялась эпидуральная анестезия путем введения локального анестетика в эпидуральное пространство. В эпидуральное пространство вводили 0,5% раствор бупивакаина в дозе на 20% меньше расчетной, а в субарахноидальное пространство 2% раствор лидокаина, доза которого также уменьшалась на 15-20% от расчетной величины. У больных III группы применялась разработанная нами методика КЭСА. Комбинация примененных анестетиков была следующей. Вначале, в эпидуральное пространство вводили 0,75%

раствор бупивакаина, затем иглу продвигали вперед и в субарахноидальное пространство вводился 2% раствора лидокаина. Проводился мониторинг ECG, SpO₂, НИАД и ЧСС у всех пациентов, подвергавшихся хирургическому вмешательству. Во время операции фиксировали случаи гипотонии, угнетения дыхания, тошноту, рвоту и др. В раннем послеоперационном периоде (до 5 суток) исследовались такие осложнения, как постпункционные головные боли (ППГБ), боль в спине.

Результаты исследований и их обсуждение. Гемодинамические показатели у больных I группы во время наступления анестезии сопровождались снижением АД ср. на 20,5%, у больных II группы на 16,5% и у больных III группы на 10,5%.

Расход локального анестетика лидокаина для обеспечения спинального компонента при КЭСА, у больных I группы, составил $80 \pm 2,5$ мг 2% раствора лидокаина. У больных I группы в эпидуральное пространство локальный анестетик через эпидуральный катетер пришлось вводить у половины больных, в связи с окончанием действия спинальной анестезии. Причем вводили быстродействующий локальный анестетик 2% раствор лидокаина, который имеет короткий латентный период. Доза 2% раствора лидокаина составила не более $350 \text{ мг} \pm 12,5$ мг. При КЭСА на разных уровнях, у больных II группы, в субарахноидальное пространство вводился 2% раствор лидокаина в дозе 80 ± 3 мг, а затем в эпидуральное пространство до начала операции вводили дробно $50 \pm 2,5$ мг 0,5% раствора бупивакаина. При КЭСА с ЭНС, у больных III группы, в эпидуральное пространство вводили $50 \pm 1,5$ мг 0,5% раствора бупивакаина, доза, вводимая в субарахноидальное пространство, составила $60 \pm 1,2$ мг 2% раствора лидокаина.

Количество интраоперационных осложнений было выше у больных I группы в сравнении с другими группами. Так, гипотония ниже 80 мм рт. ст. на этапе наступления анестезии была отмечена у 6 (30%) больных, боль в спине у 1 (5%) больного, тошнота у 2 (10%) и рвота у 4 (10%) больных. Головные боли после операции были отмечены у 2 (10%) больных. У больных II группы гипотония ниже 80 мм рт. ст. была у 2 (10%) больных,

тошнота у 1(5%) больного. У больных III группы случаев гипотонии не было отмечено. Неврологических осложнений не было.

Выводы.

1. Разработанный способ КЭСА с применением ЭНС отличают высокая надежность, эффективность, предсказуемость получения блокады, легкая воспроизводимость, «зрячая» пункция субарахноидального пространства, большая продолжительность обезболивания, профилактика осложнений, связанных с механическим повреждением структур спинного мозга иглой.

2. Способ КЭСА с ЭНС позволяет уменьшить общую дозу локальных анестетиков, предназначенных для эпидурального и спинального компонента, что сопровождается меньшими осложнениями со стороны гемодинамики и дыхания.

3. Введение локального анестетика вначале в эпидуральное пространство создает препятствие (подпор) для истечения ликвора из субарахноидального пространства, что служит профилактикой широкой спинальной блокады и головных болей.

4. Комбинация локальных анестетиков, вводимых в субарахноидальное и эпидуральное пространство, имеющих различную продолжительность действия, позволяет обеспечить быстрое начало анестезии и большую продолжительность обезболивания. При этом не происходит смешивания местных анестетиков, поскольку они вводятся в разные анатомические пространства.

5. Способ КЭСА с ЭНС отличает большая стабильность гемодинамических показателей, высокое качество анестезии, сравнимое со спинальной анестезией и большая длительность анестезии, которая обеспечивается эпидуральным компонентом анестезии.

6. Методика КЭСА с ЭНС экономична, поскольку используется одна игла вместо двух, как при комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КЭСА), а дозы локальных анестетиков, вводимых как в эпидуральное, так и в субарахноидальное пространство спинного мозга, существенно снижаются.

ОЦЕНКА КОНТРОЛЯ АСТМЫ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Медеуова С.С.

Поликлиника №1, г. Экибастуз

В исследовании GOAL было установлено, что терапия, направленная на достижение полного контроля, т.е. полного отсутствия каких-либо проявлений бронхиальной астмы (БА), позволяет добиться хорошего контролируемого течения заболевания у большинства пациентов, у значительной части больных – полного контроля (1). Достижение контроля БА становится главным показателем эффективности терапии. Так, в исследовании GOAL при использовании комбинированного препарата «Сальметерола / флутиказона» удалось добиться полного контроля БА в течение года у 25-50% больных.

Цель исследования. Изучение уровня контроля БА у взрослых пациентов в результате проводимого лечения в амбулаторно-поликлинической практике.

Материалы и методы.

Под наблюдением находились 26 больных БА, средний возраст составлял $52,16 \pm 1,2$ лет. Степень тяжести: легкая – 2 больных (7%), среднетяжелое – 20 (76%), тяжелая – 4 (15%). Длительность заболевания у всех пациентов составила более 10 лет. Сопутствующие заболевания выявлены у 23 больных. Больше половины страдают сердечнососудистой патологией.

Оценка эффективности проводимой терапии с помощью валидизированной русскоязычной версией опросника АСТ (AsthmaControlTest) во время регулярных посещений пациентами врача. Пациенту предлагалось ответить на 5 вопросов:

1. Как часто за последние 4 недели астма мешала Вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома?

2. Как часто за последние 4 недели Вы отмечали у себя затруднение дыхания?

3. Как часто за последние 4 недели. Вы просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы?

4. Как часто за последние 4 недели Вы использовали быстродействующий ингалятор?

5. Как Вы оценили, насколько Вам удавалось контролировать астму за последние 4 недели?

Ответы предусматривали оценку состояния по 5-бальной шкале (при максимальной сумме 25 баллов и минимальной – 5 баллов). Результат менее 20 баллов свидетельствовал об отсутствии контроля БА, 20-24 балла – о хорошем контроле, 25 баллов – полный контроль БА.

Во время проведения исследования разрешался прием β_2 -агонистов короткого действия, лекарств для лечения сопутствующих заболеваний. Базисная терапия включала в себя ингаляционные глюкокортикоиды, Серетид 250/50.

Результаты.

Анализ изменения уровня контроля БА за наблюдаемый период больных БА участковыми терапевтами показал повышение его уровня на 4-7 баллов при применении «Серетида». Так тестконтроль в начале исследования составлял менее 20 баллов у 20 больных, у 6 – больше 20 баллов. В конце исследования показатели тестирования выглядят следующим образом: оценка 25 баллов была у 2-х больных, 20-24 балла у 20 больных и у 4 больных с тяжелой формой БА достигнуть контроля не удалось.

Выводы:

1. Валидизированная русскоязычная версия опросника АСТ является надежным и простым инструментом для оценки контроля астмы;

2. Участковым терапевтам за наблюдаемый период удалось добиться улучшения уровня контроля БА до уровня хорошо контролируемой БА.

Литература:

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002 г.: пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. М.; 2002 .

ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Медеуова С.С.

Поликлиника №1, г. Экибастуз

К заболеваниям верхних дыхательных путей относят те нозологические формы респираторной патологии, при которых локализация очагов поражения расположена выше гортани: ринит, фарингит, тонзиллит, синусит (1).

Ринит – воспаление слизистой оболочки носа, характеризующееся ощущением заложенности носа, слизистыми выделениями, зудом в носу и чиханием. Симптомы ринита в течение года встречаются у 40 % лиц трудоспособного возраста. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о дальнейшем увеличении числа больных, особенно детей, страдающих этой болезнью. У 45 – 60 % пациентов с аллергическим ринитом (АР) в последующем развивается бронхиальная астма. Всё это обуславливает актуальность проблемы АР для практического здравоохранения.

Материалы и методы. Было проведено лечение антигистаминными препаратами второго поколения «Кларитин» (производство компании «Шеринг Плау») 18 больным аллергическим ринитом в возрасте от 14 до 49 лет. Препарат принимали в таблетках по 10 мг 1 раз в день.

По тяжести легкое течение АР характеризуется ограниченным количеством симптомов, которые не мешают каждый день вести нормальный образ жизни и/или не приводят к нарушению сна (n – 2). При средней тяжести - симптомы умеренно

выражены, мешают заниматься привычной деятельностью и или нарушают сон (n – 13).

Тяжелое течение характеризуется выраженными и мучительными симптомами, из-за которых пациент не может справиться со всеми повседневными обязанностями, существенно нарушен сон (n – 3).

Результаты. Анализ показывает, что у 11 (64%) больных симптомы АР были связаны с сезонностью, т.е. обострением в одно и то же время года. Клинические симптомы у больных легкой и средней тяжести, как чихание, зуд в носу уменьшались в 1 – 2 сутки. Ослабление ринореи было на 3-4 сутки, на 5-6 сутки 9 (81%) больных успешно занимались привычной деятельностью, у них нормализовался сон. Больным с тяжелым течением АР, кроме антигистаминных препаратов, включали глюкокортикостероидные препараты.

Выводы:

1. «Кларитин» больным АР легкой и средней тяжести оказывал положительный эффект.

2. Препарат удобен в применении, хорошо переносится больными

3. Больные с тяжелыми течениями нуждаются в комплексном лечении и наблюдением лор-врача.

Литература.

1. Острые инфекции дыхательных путей у детей. М., 2008г. 120с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ЗАДИТЕНА» У БОЛЬНЫХ С ПАРАЗИТОЗАМИ

Медеуова С.С., Абжанова С.А., Емилева К.А., Оразгалиева С. Т., Аканова М.С.

Поликлиника №1 г. Экибастуз,

Экибастузский филиал ТОО «Медицинский центр ЕВРАЗИЯ»

Препарат «Задитен», международное название «Альбендазол». «Альбендазол» относится к группе карбаматбензимидазолов. Из этой группы соединений синтезирован

такой широко известный препарат, как «Мебендазол», выпускаемый также под названием «Вермокс». Однако «Альбендазол» значительно превосходит «Мебендазол» как

по эффективности, так и по широте спектра действия.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность «Задитена» у больных, страдающих паразитозами (описторхозом, лямблиозом, аскаридозом, энтеробиозом).

Материалы и методы. Исследования проводились в амбулаторных условиях. Всего в течение 2010-2011 года обследовано 43 человека. Все они были хроническими носителями паразитов: описторхоз – 6 человек, лямблиоз – 17, энтеробиоз – 12, аскаридоз – 11 человек. Причем у 20 (36%) пациентов по данным копроскопии, дуоденального зондирования и специфических иммунологических тестов наблюдался сочетанный паразитоз в той или иной форме. Возраст исследуемых (из них 23 мужчины и 20 женщин) составлял от 14 до 67 лет.

У 34 человек (80%) отмечался диспепсический синдром, который выражался болями в области печени, по ходу тонкого и толстого кишечника, горечью во рту, изжогой. У 9 больных отмечались аллергические проявления в виде крапивницы и дерматита. По данным инструментального исследования, включающего в себя дуоденальное зондирование, УЗИ и бактериологическое исследование кала диагностировались признаки хронического холецистита и холангита, гастродуоденита, дисбактериоза кишечника. «Задитен» применялся в сочетании со спазмолитиками, желчегонными

и сорбентами.

Дозы «Задитена» назначали согласно инструкции в зависимости от вида инфекции. Исключение – лечение лямблиоза «Орнизолом» по 1 таблетке утром и вечером в течение 5 дней. «Задитен» – 1 таблетку в обед в течение 3 дней.

Результаты. Прием «Задитена» привел к следующим результатам. После курса лечения «Задитеном» пациентами с описторхозом у 3 из 6 (50%) яйца описторхисов в кале не обнаружены. У лиц с лямблиозом цисты лямблий не обнаружены у 17 человек (100%). У обследуемых энтеробиозом у 11 (91%) больных получена отрицательная копроскопия. У обследуемых с аскаридозом отрицательный анализ кала на яйца глистов был у 10 (90%) человек из 11 человек.

После курса лечения «Задитеном» у большинства больных улучшилось общее самочувствие, улучшился аппетит, нормализовался стул.

Выводы.

1. «Альбендазол» – высокоэффективный противопаразитарный препарат широкого действия. Им можно лечить большинство существующих гельминтозов.

2. При лечении описторхоза предпочтение отдаются специфическому лечению – «Бильтрициду».

3. Комплексное лечение «Задитеном» улучшает качество работы желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

СТИРАЕМОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ПОРАЖАЕМОСТЬ ИХ КАРИЕСОМ

¹Мукпенова М.А., ²Изденова Г.О., ³Абыкешева Г.А.

¹ФАО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф» Павлодарская железная больница, ²Клиника «Стом-икс»,
³МУ «Областная стоматологическая поликлиника»

Стирание твердых тканей зубов проявляется в постепенном сглаживании их анатомического рельефа и наблюдается у большинства пожилых людей. Стираемость зубов – это физиологический процесс, который происходит в твердых тканях зуба на

протяжении многих лет. Основной причиной стираемости является акт жевания, воздействующий на ткань зуба как механический фактор. Степень стираемости зависит от плотности принимаемой пищи и вида прикуса.

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

Патологическая стираемость характеризуется преждевременным изнашиванием зуба, прогрессирующим сглаживанием анатомической формы режущих и жевательных поверхностей зубов. Существует определенный антагонизм между кариесом и стираемостью твердых тканей зуба.

Материалы и методы:

Анализ состояния твердых тканей зубов у пожилых пациентов, обратившихся за

стоматологической помощью. Проводился осмотр режущих и жевательных поверхностей с использованием стоматологического зеркала и зонда.

Результаты и обсуждение:

Осмотрено 29 пациентов в возрасте от 55 до 74 лет, из них мужчин- 8 и женщин -21.

Частота повышенной стираемости зубов у осммотренных групп населения (Таблица 1).

Таблица 1. - Частота повышенной стираемости зубов у осммотренных групп населения.

Возрастные группы	Мужчины		Женщины	
	всего	со стираемостью	всего	со стираемостью
55-64	6	3	13	7
65-74	2	1	8	4
всего	8	4	21	11

Анализ показывает, что общая частота повышенной стираемости зубов примерно одинакова у мужчин (50%) и женщин (52%).

Данные о поражаемости зубов кариесом в зависимости от наличия стираемости представлены в следующей таблице 2:

Таблица 2. - Кариес при наличии стираемости твердых тканей зубов

Возрастные группы	мужчины	Женщины
55-64	1	2
65-74	0	0
всего	1	2

Из таблицы видно, что значительно меньшая частота поражаемости кариесом отмечается у лиц с повышенной стираемостью. Это свидетельствует о том, что между двумя процессами имеется определенный антагонизм.

Таким образом, у лиц пожилого возраста с повышенной стираемостью твердых тканей зуба редко встречается кариес зубов, так как, что при стираемости происходят процессы минерализации и образование вторичного дентина.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Нажмиденова А.Б., Кузембаева Д.Д.

КГКП «Поликлиника Павлодарского района»

В настоящее время неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП) является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, приводящим к ухудшению качества жизни, инвалидизации и смерти. Это связано с высоким риском прогрессирования НЖБП с развитием неалкогольного

стеатогепатита (НАСГ), печеночной недостаточности и гепатоцеллюлярной карциномы.

Неалкогольная жировая болезнь печени или жировой гепатоз неалкогольного генеза включает в себя стеатоз, стеатогепатит, фиброз и цирроз печени.

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

Стеатоз или жировая инфильтрация печени наиболее распространена.

Стеатоз – патологическое отложение жировых капель вне или внутриклеточно, которое порой бывает причиной развития стеатогепатита (воспалительно некротических изменений гепатоцитов). Распространенность НЖБП в Европе и США от 5-20%, но при этом стеатогепатит диагностируется только в 2-3% случаев. При ожирении НЖБП встречается в 30-100% случаев, по некоторым данным причина здесь кроется в часто встречаемом метаболическом синдроме при ожирении как заболевании. У 30% больных страдающих ожирением, при гистологическом исследовании обнаруживается неалкогольный стеатогепатит, который в 20-25% случаев трансформируется в цирроз печени, и в 10% случаев является причиной смерти. Поэтому в индустриально развитых странах НЖБП является показанием к трансплантации печени.

В России полагают, что из более 2 млн. больных СД 2 типа две трети страдает НЖБП. По данным зарубежных авторов пусковым механизмом НЖБП является инсулинорезистентность, что приводит к накоплению триглицеридов в печени с развитием жирового гепатоза, впоследствии из-за нарушения утилизации и избытка образования свободных жирных кислот (СЖК) поступающих из пищи и синтеза СЖК в гепатоцитах развивается окислительный стресс – это второй пусковой механизм заболевания с развитием стеатогепатита. В соответствии с первым пусковым звеном заболевания, т.е. развитием инсулинорезистентности, что является этиологическим фактором СД 2 типа на фоне уже имеющегося довольно часто синдрома мальабсорбции и нарушением выработки поджелудочной железой липазы, и амилазы; развитием синдрома мальдигестии, в процесс вовлекается печень как вспомогательный орган поджелудочной железе, беря на себя

значительную долю обмена веществ и в связи с перегрузкой тканью печени триглицеридами развивается жировая инфильтрация печени, как начальная стадия НЖБП, с симптомами дискомфорта, в правом подреберье. Участие печени в обмене веществ мала из-за перегрузки триглицеридами, поэтому свою основную функцию, а это участие в гомеостазе, а именно – распределение в организме питательных веществ, витаминов и микроэлементов, гепатоциты выполняют не в полном объеме.

В диагностике НЖБП в начальной стадии ведущее место занимает компьютерная томография, магнитнорезонансная томография, которые позволяют в точности до 100% оценить структуру печени, верифицировать гепатомегалию, косвенно оценить степень стеатоза и зарегистрировать формирование портальной гипертензии.

Но в силу дороговизны вышеизложенных методов диагностики для большой массы населения нашей страны и общества в целом, чаще используется ультразвуковое исследование органов брюшной полости, что оправдано, так как УЗИ дает большую возможность динамического наблюдения за развитием стеатоза у пациента.

Цель работы. Оценить возможности ультразвуковой диагностики для неалкогольной жировой болезни печени в начальной стадии.

Материалы и методы. В течение 3-х лет было проведено ультразвуковое обследование 138 человек разных возрастных групп. Для обследования использовались аппараты Алока 3500 и Fucuda 750.

Результаты. По данным нашего исследования было выявлено 95 человек с жировым гепатозом, из них женщин – 74,7%, мужчин – 25,3%. Наибольший процент заболеваемости стеатозом выявлен в возрастной группе 35 - 60 лет, 55 чел, из них женщин 76,4%, мужчин 23,6%.

Таблица 1.

Возраст (лет)	Женщины	Мужчины
19-34	6	5
35-60	42	13
61 и старше	23	6
Всего	71	24

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

В данной группе пациентов в 100% случаев были выявлены УЗИ-признаки жирового гепатоза, а именно высокая эхогенность печени, дистальное затухание эхосигнала в ряде случаев, грубость структуры печени в сравнении с нормой, обеднение сосудистого рисунка, в 15% случаев спленомегалия и портальная гипертензия.

Во всех возрастных группах было выявлено закругление правого контура печени, в виде выраженной сглаженности и до полуокружности в старших возрастных группах, а именно с 35-лет и выше.

С учетом литературных данных и результатов нашего исследования полагаем,

что признак закругления правого контура печени, в частности правого угла выше 75°, можно считать одним из достоверных фактов диагностики жирового гепатоза, даже на ранних стадиях стеатоза печени.

В процессе работы над данной темой в 50% случаях было выявлено наличие при НЖБП спленомегалии и портальной гипертензии без сопутствующей гепатомегалии, что свидетельствует о снижении качества диагностики диффузных изменений паренхимы печени.

В процессе исследования выявлена группа пациентов в количестве 41 человек разных возрастных групп (таблица 2).

Таблица 2.

Возраст (лет)	Женщины	Мужчины
19-34	8	5
35-60	10	9
61 и старше	3	6
Всего	21	20

Из них женщин 21 (51,2%), мужчин 20(48,8%), с диффузными изменениями структуры печени, а именно огрубление структуры, изменение эхоплотности с тенденцией к повышению и снижению в ряде случаев, со сглаженностью правого нижнего угла печени и с симптомом полуокружности правого угла печени, со спленомегалией и портальной гипертензий, без дистального затухания эхосигнала и высокой эхоплотности печени наиболее характерные жировому гепатозу. Поэтому данная группа была расценена нами, как вовремя не диагностированная группа стеатоза печени,

уже осложненная УЗИ-признаками стеатогепатита с декомпенсацией.

Выводы. Ультразвуковой метод исследования в виду широкого спектра получаемой информации доступности и быстроты выполнения исследования должен применяться первым. Выделение лучевых синдромов позволяет стандартизировать как визуальную оценку лучевых изображений, так и протоколирования их результатов, что облегчает последующую интерпретацию полученных данных и снижает уровень субъективизма в оценке изображений.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Нурмакина С.К.

Поликлиника №1, г. Экибастуз

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - экологически опосредствованное хроническое воспалительное заболевание респираторной системы с преимущественным

поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы; характеризуется развитием сначала частичной обратимой, а в

итоге – необратимой бронхиальной обструкции (1).

По данным последних лет, распространенность заболевания среди лиц старше 40 лет составляет 10,1%. ХОБЛ занимает второе место среди неинфекционных процессов, лидирует по показателям числа дней нетрудоспособности и инвалидности. ХОБЛ является единственным заболеванием, при котором летальность продолжает увеличиваться и, согласно оценке ВОЗ, в 2030 г. будет занимать 3-е место (2).

Мексидол – ингибитор свободно-радикальных процессов, перекисного окисления липидов. Изменяет физико-химические свойства клеточной мембраны. Улучшает энергосинтезирующую функцию митохондрии и энергетически обмен в клетке, стимулируя прямое окисление глюкозы по пентозофосфатному шунту, повышая уровень восстановленных нуклеотидов и тем самым усиливает антиоксидантную защиту клетки, стабилизируя уровень эндогенных антиоксидантов.

Цель работы. Изучение клинической эффективности мексидола у больных ХОБЛ в период обострения заболевания и на протяжении одного месяца наблюдения в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Обследовано 11 больных ХОБЛ в возрасте 46-64 года. Длительность заболевания у больных ХОБЛ была более 5 лет. ОФВ I колебался в пределах 45-65 % от должных величин, что соответствовало 2-3 степени тяжести. Среди обследованных преобладали мужчины, длительность табакокурения колебалась от 15-25 лет. Обследованные пациенты принимали на фоне стандартизированной терапии мексидол в условиях дневного стационара по следующей схеме: 200 мг. (5% раствор в ампулах по 2 мл) внутримышечно дважды в день в течение 10 дней. В последующем переходили на пероральный

прием мексидола по 250 мг (2таблетки) 2 раза в день в течение 3-х недель.

Методы исследования.

Общеклинические, ЭКГ, спирометрия.

Результаты. Оценка результатов исследования свидетельствуют о том, что у подавляющего большинства 8 (78,9%) пациентов улучшилось самочувствие в первые 2-3 дня. Особенностью эффекта мексидола было то, что больше отмечали улучшение самочувствия на каждое введение препарата. На 3-4 сутки уменьшилась частота приступов кашля, к концу недели мокрота отходила свободно и одновременно снижалось количество суточного объема выделяемой мокроты. На 10 сутки показатели спирометрии значительно улучшились. Прирост ОФВ I в среднем на 70 мл, ЖЕЛ на 13,4%. Характер изменений ЖЕЛ, ОФВ I позволяет сделать вывод о том, что подобная динамика рассматриваемых показателей обусловлено, прежде всего, выраженным противовоспалительным действием мексидола. Наблюдение в течение года показало снижение частоты обострения и только 3 больных были госпитализированы.

Выводы. Применение мексидола на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения и лечения позволило улучшить показатели функции внешнего дыхания, уменьшить число обострений и госпитализаций, что указывает на необходимость применения в лечении ХОБЛ с целью профилактики.

Литература:

1. Шмелев Е.И. ХОБЛ и сопутствующие заболевания. Пульмонология 2007; 2; 5-9
2. Чучалин А.Г. (ред.). Респираторная медицина. М.: ГЭОТАР-Мед.; 2007, том 1.

ВЛИЯНИЕ ГЕОПАТОГЕННЫХ ЗОН НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Нурмакина С.К.

Поликлиника №1, г. Экибастуз

Анализ эпидемиологических исследований заболеваемости свидетельствует о том, что сердечно-сосудистая система является одной из наиболее чувствительных к неблагоприятному влиянию техногенных, социо- и биогенных факторов среды. Это ведет к ежегодному росту и омоложению заболеваний ССС, что делает особенно актуальной проблему профилактики и повышения эффективности лечения. В генезе возникновения патологии органов кровообращения определяющую роль играют наследственная предрасположенность и факторы риска, такие как: хронический стресс, избыточная масса тела, курение, гиперлипидемия, малоподвижный образ жизни, сахарный диабет и др.

Целью нашей работы явилось изучение влияния геопатогенных зон (ГПЗ) на возникновение патологии ССС.

Материал и методы исследования. Нами обследовано по методу радиэстезии 42 пациента в возрасте от 27 до 68 лет. Распределение пациентов по нозологическим единицам было следующим: вегето-сосудистая дистония (ВСД) - 11 человек (26%), гипертоническая болезнь (ГБ) I стадии - 5 (11%), ИБС, стенокардия напряжения II ФК - 2 (4%), ГБ II ст. - 10 человек (23%), ГБ II ст. + ИБС, стенокардия напряжения II ФК - 14 чел. (33%). Отягощение ГПЗ имели 38 пациентов. Нами определен также характер геопатогенного повреждения: силовые поля ян-характера, силовые поля инь-характера.

Результаты. ГПЗ, как установлено, образуется в низинах, на местах разломов земной коры, пустот, грунтовых вод и других подземных образований. На человека воздействуют потоки энергии, образовавшиеся

вследствие разрыва пространства.

Сущность повреждающего ГПЗ сводится к следующему: каждой структуре белковой молекулы четко соответствует строго определенная резонансная частота. ГПЗ воздействует на белки организма своими патологическими частотами, в результате чего меняется структура белка, и затем этот измененный белок сам начинает воспроизводить повредившую его частоту, что, в конечном счете, ведет к нарушению функции тканей и органов.

При постоянном пребывании в местах энергетических аномалий (спальня, место работы) неизбежно накапливаются функциональные изменения в организме человека, приобретая стабильный болезненный патологический характер.

Следует отметить, что у пациентов, страдающих патологией ССС в 70 % случаев встречаются повреждения - силовые поля ян-характера в сочетании с другими видами геопатогенных повреждений.

Всем обследованным было рекомендовано приобрести «Платоновы тела». Платоном было открыто положительное влияние пяти геометрических фигур, имеющих вид кристаллических форм, на энергетическую структуру человека. Это так называемые платоновы тела: куб, икосаэдр, тетраэдр, октаэдр и додекаэдр. Эти кристаллические решетки обладают мощным гармонизирующим и активизирующим влиянием на энергетические центры (чакры).

Выводы. Наш опыт показал, что платоновы тела в качестве защитного экрана нейтрализуют ГПЗ излучений и благоприятно влияют на самочувствие больных ССС.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Оразгалиева С.Т.

Поликлиника №1, г. Экибастуз

В настоящее время важное значение для неотложных задач восстановительной медицины, касающихся профилактики, лечения заболеваний принадлежит аппаратной физиотерапии (1). Среди них это низкоинтенсивное лазерное излучение. Под воздействием низкоэнергетического лазерного излучения повышается скорость кровотока, в патологической ткани увеличивается число функционирующих капилляров и новых коллатералей. Воздействие лазерным лучом на поврежденную ткань приводит к уменьшению интерстициального и внутриклеточного отека, что связано с повышением кровотока в тканях, активацией транспорта веществ через сосудистую стенку, а также с интенсивным формированием сосудов, особенно капилляров. При лазерном облучении патологического очага происходит укорочения фаз воспалительного процесса, подавляется экссудативная и инфильтративные реакции. Увеличивается концентрация адаптивных гормонов, т.е. возникают ряд адапционных и компенсаторных реакций, в целостном организме, направленных на восстановление гомеостаза. (2).

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность лазерной терапии при гинекологических заболеваниях.

Материалы и методы. Обследовано 16 больных с вульвовагинитом в возрасте 12-50 лет. Лечение проводили в комплексе с медикаментозной терапией. Все они получали низкоинтенсивное импульсное инфракрасное излучение с длиной волны 0,89 мкм аппаратом «Мустанг-2000». Это лазерный терапевтический двухканальный аппарат с набором

сменных излучателей. Методика дистантная, лабильная (расстояние от излучателя 1 см.). Проводится магнитолазерное воздействие (сканирование) очага воспаления (наружную вульву и другие зоны поражения). Затем контактно стабильно воздействуют на надлобковую и крестцовую области. Время воздействия на область входа во влагалище 2-3 мин., 1,5 – 2 мин. на область надлобковой и крестцовой области. Импульсная мощность 7 - 10 Вт, частота 80-150 гц. Курс лечения – 7-10 процедур.

Результаты. В первые сутки после процедуры у большинства больных заметно уменьшились неприятные субъективные ощущения. Зуд в 1 случае, являющийся симптомом экстрогенитальной патологии, подлежал комплексному этиопатологическому лечению (лечение сахарного диабета, кандидоза и т.д.). Местные аллергические реакции в области вульвы также эффективно сняты при включении в комплекс лечебных мероприятий (гипоаллергенная диета, антигистаминные препараты). В остальных случаях к концу лечения наступило полное излечение.

Выводы. Низкоинтенсивное лазерное излучение оказывает выраженное противовоспалительное воздействие при воспалительных заболеваниях слизистой оболочки вульвы и влагалища.

Литература

1. Улащик В.С. Общая физиотерапия. Минск: Интерпрессервис, 2003. – 510 с.
2. Илларионов В.Е. Техника и методика процедур лазерной терапии. М.: Медицина, 2001. – 230 с.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЁГКИХ

Оразгалиева С.Т.

Поликлиника №1, г.Экибастуз

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся прогрессирующей, частично обратимой бронхиальной обструкцией, которая связана с воспалением дыхательных путей, возникающим под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды (курения, профессиональных вредностей, поллютантов и др.). Установлено, что морфологические изменения при ХОБЛ наблюдаются в центральных и периферических бронхах, лёгочной паренхиме и сосудах (1). Это объясняет использование термина «хроническая обструктивная болезнь лёгких» вместо привычного «хронического обструктивного бронхита», подразумевающего преимущественное поражение у больного бронхов.

В опубликованных недавно рекомендациях ведущих экспертов Американского и Европейского торакальных обществ подчеркивается, что развитие ХОБЛ у больных можно предупредить, а при её лечении вполне реально добиться успехов.

Заболеваемость и смертность пациентов от ХОБЛ продолжают расти во всем мире, что в первую очередь обусловлено широкой распространенностью курения. Показано, что этим заболеванием страдают 4-6% мужчин и 1-3% женщин старше 40 лет (8,10). В европейских странах оно ежегодно является причиной смерти 200-300 тыс.человек. (2).

Задачами терапии ХОБЛ являются предупреждение прогрессирования болезни, уменьшение выраженности клинических симптомов, достижения лучшей переносимости физической нагрузки и повышения качества жизни больных, предупреждение осложнений и обострения, а также снижение смертности.

Основными направлениями лечения ХОБЛ являются уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (в том числе отказ курения), обучение больных,

использование лекарственных средств и немедикаментозная терапия (оксигенотерапия, реабилитация и др.). Различные комбинации этих методов используются у пациентов с ХОБЛ в фазе ремиссии и обострения.

По мнению Американского торакального общества, пульмонологическая реабилитация при ХОБЛ имеет три главные цели:

1. Уменьшить ограничение воздушного потока;
2. Предотвратить и лечить осложнения, такие как гипоксемия и инфекция;
3. Уменьшить респираторные симптомы и улучшить качество жизни.

Согласно приказа МЗ РК № 856 от 20.11.2003 г. «Об утверждении видов и объемов восстановительного лечения и медицинской реабилитации», выделяют три этапа реабилитации: стационарный, амбулаторно-поликлинический и санаторный.

Одним из основных этапов медицинской реабилитации является поликлиническая. Врачами терапевтами осуществляется непрерывное динамическое наблюдение за течением болезни, осуществляется режим труда и отдыха, проводится поддерживающее лечение, определяются показания к госпитальному и санаторному лечению.

В пульмонологической практике применяют все основные виды физиотерапевтических процедур, электролечение, светолечение, ультразвуковая терапия, водо-теплелечение, ингаляционное лечение, респираторная физиотерапия, ЛФК и массаж(3).

Цель работы. Изучение влияния мезодиэнцефальной модуляции (МДМ – терапия) в поликлиническом лечении больных ХОБЛ в период обострения заболевания в условиях поликлиники.

Материалы и методы. Обследованы 13 больных в возрасте от 43 до 64 лет в период обострения ХОБЛ.

МДМ терапия является модификацией

методов электросна и транскраниальной электроанальгезии и основана на избирательном воздействии на срединные структуры головного мозга импульсивным током различной частоты по лобно-затылочной методике. Больным подавали ток силой от 0,5 до 1,3 мА, состоящий из переменной и постоянной составляющей с фиксированным отношением по амплитуде и прямоугольной формой импульсов. Экспозиция 30 минут.

До и после лечения всем больным проводилось лабораторное и спирографическое исследование.

Результаты. В первые 2-ое суток отмечено улучшение бронхиальной проходимости, уменьшение явлений интоксикации, уменьшение кашля и одышки. На 3-4 сутки улучшение настроения и сна. В анализах крови отмечено снижения количества нейтрофилов. Показатели спирометрии ОФВ₁

и ФЖЕЛ улучшились к концу лечения. Увеличено ОФВ₁ на 100 мл.

Выводы. Таким образом, включение МДМ-терапии в стандартное лечение при обострении ХОБЛ способствовало улучшению клинического течения заболевания, увеличению ОФВ₁ и снижению воспалительного процесса в бронхах.

Литература:

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни лёгких. Пересмотр 2006г.: Пер. с англ. – М., 2007.

2. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: Рук-во для практикующих врачей / под ред. А.Г.Чучалина. – М., 2004г. – Т. 5. - С.33-448.

3. Медицинская реабилитация: Рук-во / Под ред. В.М.Боголюбова., М., 2007. – Т. 1 – 3.

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕНОТРОПИЛА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Сакенова Г.Ж.

Городская больница №1, г Павлодар

По данным литературы острые ишемические поражения мозгового кровообращения продолжают доминировать в структуре всех цереброваскулярных расстройств.

В остром периоде ишемического инсульта основной целью терапии является восстановление неврологического дефицита. Поэтому одним из ведущих направлений при лечении острого инсульта является применение нейропротективных препаратов, улучшающих мозговой кровоток и метаболизм. Эти средства оказывают прямое активирующее влияние на структуры головного мозга, улучшают память и когнитивные функции, а также повышают устойчивость центральной нервной системы к повреждающим воздействиям.

Цель исследования: Изучение

эффективности препарата фенотропил у больных с ишемическим инсультом.

Методы и материалы. Под наблюдением находились 44 больных в остром периоде ишемического инсульта легкой и средней степени тяжести.

В первые три дня лечение проводилось по стандартной традиционной терапии острейшего периода. С четвертого дня больным основной группы (24 пациента) назначали фенотропил в дозе 100 мг 1 раз в сутки в течение 21 дня, с переходом на амбулаторное продолжение препарата фенотропил в течение 2 месяцев. Во второй группе продолжалась терапия пирацетамом в дозе 1200 мг, разделенная на три приема.

Для оценки эффективности перед началом лечения и при выписке из стационара на 21 день и после окончания лечения через 2

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

месяца проводились исследования: умственной работоспособности с помощью таблиц Шульте; пробы на речевую активность; вертебральные ассоциации; для оценки мнестических процессов: повторение цифр в прямом и обратном порядке, заучивание 10 слов, тест узнавания рисунков.

Клинико-неврологическое обследование включало: шкала МІН, индекс Бартель, 5-

балльная шкала Ашфорта.

В динамике обследовались биохимические показатели крови: общий холестерин, триглицериды. коагулограмма.

Результаты исследования и обсуждение

Применения фенотропила значительно уменьшило субъективные патологические ощущения (жалобы пациентов) таблица 1.

Таблица 1.

Жалобы	Исходно	21 день	2 месяца
Головная боль	74.0	57.0	36.5
Головокружение	64.5	47.0	35.5
Раздражительность	60.5	33.0	31.5
Плаксивость	38.3	23.0	10.5
Снижение внимания	77.5	70.0	60.5
Снижение памяти	71.5	65.0	46.5

У пациентов сенсорно-амнестическими нарушениями и моторной афазией после проведения курса лечения фенотропилем выявлены повышение качества оперативной памяти, улучшение концентрации и устойчивости внимания, ускорение выполнения методик, характеризующих темп мышления по результатам пробы Шульте. Уже на 12 день лечения в обеих группах больных отмечались достоверные улучшения по двум разделам: «восприятию» и «память».- В группе Фенотропил дополнительно по разделу «Концентрация внимания и счет», «ориентировка во времени и счет», «речевые функции». В отношении неврологического дефицита у пациентов обеих групп отмечалась положительная динамика. В основной группе на 10 день лечения улучшились двигательные функции в парализованных конечностях, увеличилась сила мышц, наблюдалась тенденция восстановления координации, улучшилась речь, память, артикуляция.

В контрольной группе аналогичные изменения наблюдались на 16 день.

У больных основной группы достоверно повысилась речевая активность, увеличился запас слов при выполнении теста на звуковые ассоциации, что не наблюдалось в группе сравнения. Показатели памяти: группа принимавших фенотропил увеличилось количество запоминаемых слов при непосредственном воспроизведении в тесте «10 слов», цифр в тесте на повторение цифр и

узнавания рисунков.

Выводы. Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о корригирующем воздействии препарата на интеллектуально - мнестические нарушения, это подтверждается достоверным увеличением скорости и эффективности выполнения умственной работоспособности, памяти и концентрации внимания. У больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта, получавших фенотропил, происходит более значительное по сравнению с контрольной группой восстановление нарушенных функций. Фенотропил существенно повышает эффективность лечения пациентов в остром периоде ишемического инсульта, значительно усиливая потенциальный эффект последующих реабилитационных мероприятий. Это сопровождается более ранней и более выраженной редукцией психопатологической симптоматики и улучшением когнитивных функций.

Литература:

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М., 2001
2. Лебедева Н.В. Ноотропы в неврологии // Фармакология ноотропов: Экспериментальное и клиническое изучение. М., 1989.
3. Громадская Н.В., Ермошкина Н.Ю., Лоцдан Н.Е., Пучилина М.В. «Концепция гетерогенности рациональной терапии инсульта». Русский медицинский журнал 2005г. Том 13 № 22»С» 1496-1502.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕМОДИАЛИЗНОЙ ПОМОЩИ В ЭКИБАСТУЗСКОМ РЕГИОНЕ

Смаков С.Б.

КГКП «Экибастузская городская больница»

Цель. Организация качественной гемодиализной помощи больным с острой и хронической почечной недостаточностью в Экибастузском регионе и дальнейшее ее совершенствование в соответствии со стандартами современной медицины.

Материалы и методы. Впервые на территории Павлодарской области гемодиализное отделение было организовано в 1982 году на базе городской больницы №1 г. Павлодара. До 2010 года пациенты Павлодарской области, нуждающиеся в проведении этого вида лечения, обслуживались одним диализным центром. Учитывая усугубление причинных факторов и тем самым рост количества больных с этой патологией, возможности указанного центра из года в год становились ограниченными, несмотря на улучшение и увеличение технических устройств. В 2009 году по инициативе управления здравоохранения областным бюджетом выделены средства на приобретение двух аппаратов «Искусственная почка» и системы очистки воды фирмы Фрезениус. В течение 2009 года были подготовлены помещения для размещения указанных устройств, а также обучены специалисты: 1 врач, 2 медсестры на базе областного и республиканского диализных центров. С 26 января 2010 года начал работу Экибастузский диализный центр,

первоначально из областного центра были переведены 8 больных, далее их число постепенно увеличивалось. В течение 2010 года проведено 1316 сеансов гемодиализа. В настоящее время хронический гемодиализ получают 18 больных, аппараты и персонал работают в 4 смены. Благодаря финансовым возможностям стационара в 2011 года запланировано приобретение одного аппарата «Искусственная почка».

Результаты. В течение 2010 года хронический диализ проводился 16 больным, которым выполнено 1316 сеансов диализа. Кроме этого, в 5 случаях проведен острый гемодиализ. В настоящее время хронический гемодиализ получают 18 пациентов. В течение прошедшего времени умер 1 больной, находящийся на хроническом гемодиализе и 1 больной из числа остро нуждающихся.

Выводы. Размещение аппаратов «Искусственная почка» целесообразно во всех многопрофильных больницах, которые позволяют качественно дополнять лечение тяжелых больных, лечение которых может осложниться развитием острой почечной недостаточности. Размещение диализных коек в нескольких местах на территории области способствует рациональному распределению больных в зависимости от места их проживания, тем самым приближая жизненно важную помощь к нуждающемуся пациенту.

СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ЕДИНОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Тургульдинов А.

КГКП «Качирская центральная районная больница», Павлодарская область

Введение Единой национальной системы здравоохранения в 2010 году создало новые условия для повышения качества медицинской помощи, предоставляемой сельскому населению.

Цель работы: анализ деятельности

центральной районной больницы и ее структурных подразделений по оказанию медицинской помощи населению, проживающему на территории района.

Материалы и методы. Для изучения были использованы материалы ежемесячных

отчетов, подготавливаемых структурными подразделениями Качирской центральной районной больницы. Проанализированы изменения демографических показателей, показателей заболеваемости, вопросы оказания первичной медико-санитарной помощи, проведения профилактических осмотров, помощи больным социально значимыми заболеваниями.

Результаты. В Качирском районе Павлодарской области медицинскую помощь населению оказывают центральная районная больница на 70 коек, противотуберкулезная больница на 30 коек, 6 врачебных амбулаторий, 1 фельдшерско-акушерский пункт, 26 медицинских пунктов, 7 коммерческих аптек, 2 частных стоматологических кабинета. Среднегодовая численность прикрепленного населения 22794 человека, в том числе взрослых 17672, подростков 1030, детей 4090.

При анализе демографических показателей отмечается следующее: за 12 месяцев 2010 года по району родилось 312 детей (в 2009 году – 331), за тот же период умерло 273 человека (в 2009 году – 261). Таким образом, в 2010 году показатель рождаемости в районе составил 13,7 на 1000 населения (в 2009 году – 13,9), показатель смертности в 2010 году равен 11,9 на 1000 населения (в 2009 году – 10,9). Показатель естественного прироста в 2010 снизился с 3,0 в 2009 году до 1,8.

В 2010 году умерло 3 детей в возрасте до 1 года (в 2009 году – 5), показатель младенческой смертности составил 9,6 на 1000 родившихся живыми детей (в 2009 году – 15,1), что свидетельствует о положительной динамике изменений. Вопросам здоровья матери и ребенка медицинские организации оказывают первоочередное внимание.

В районе функционирует рабочая комиссия по принятию неотложных мер по снижению младенческой и материнской смертности. За 12 месяцев 2010 года проведено 12 заседаний по плану, где рассмотрены вопросы по обеспечению наблюдением беременных женщин из групп социального риска, проведению профилактических осмотров детского населения и женщин, совместной работе местных исполнительных органов и медицинских организаций района по вопросам

решения проблем по охране здоровья женщин и детей. По ходатайству администрации центральной районной больницы 70 женщинам, вставшим на учет по беременности в ранних сроках, регулярно посещающих женскую консультацию, своевременно проходящих ультразвуковой скрининг, выполняющих назначения и рекомендации врача, выделены пособия в размере 10 МРП из средств районного бюджета для мотивации и поощрения в плане пропаганды охраны здоровья самой женщиной. Всего за 12 месяцев 2010 года пособия получили 93 беременные женщины на общую сумму 1 314,0 тыс. тенге.

Особое внимание уделяется социально значимым заболеваниям – ишемической болезни сердца, туберкулезу, злокачественным новообразованиям, заболеваниям, связанным с употреблением алкоголя, наркотических и токсических веществ. Обеспечен диспансерный учет пациентов с социально значимыми заболеваниями и их лекарственное обеспечение, осуществляемое в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

В 2010 году были выполнены планы по профилактическим осмотрам детского и взрослого населения. За 12 месяцев 2010 года были осмотрены все запланированные дети, среди них было выявлено больных 997 (19,4%); оздоровительные мероприятия проведены 714 детям (71,5% всех выявленных), на диспансерном учете состоит 790 (15,4%). Профилактическому обследованию взрослого населения на выявление болезней системы кровообращения по району в 2010 году подлежало 1850. Все они были осмотрены, выявлено больных 245 (13,2%), оздоровлено 226 (91,8% выявленных), на диспансерном учете 245 (13,2%). По 2 этапу обследованию подлежало 617 человек, все они были осмотрены и обследованы.

Развитие стационарозамещающей помощи способствовало снижению количества больных пролеченных в стационарных условиях. В центральной районной больнице в 2010 году пролечено 1952 больных (в 2009 году – 2326), среднегодовая работа койки составила 226,7 (в

2009 году – 269,1), средняя длительность пребывания – 8,1 (в 2009 году – 8,2), оборот койки – 27,9 (в 2009 году – 32,8). Летальность в 2009 и 2010 годах равнялась 1,1.

Общий объем финансирования медицинских организаций в 2010 году увеличился в 1,37 раза

Выводы. Внедрение Единой национальной системы здравоохранения способствовало повышению финансирования медицинских организаций и улучшению некоторых показателей работы.

АНАЛИЗ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ПУТЕВЫХ РАБОЧИХ АО «НК «КТЖ» «ПАВЛОДАРСКОЙ ДИСТАНЦИИ ПУТИ»

Хабарова Н.В.

ФАО «ЖГМК» «Павлодарская железнодорожная больница»

Последовательное развитие народного хозяйства и стабилизация экономики Казахстана связано с надежной и устойчивой работой железнодорожного транспорта. Неизменно высокие потребности в перевозках грузов и пассажиров требуют четкости и слаженности работы между всеми составляющими звеньями транспортной отрасли, увеличения скорости движения, объема грузооборота и гарантированного повышения уровня безаварийной работы магистралей. В этой связи особое значение приобретает поиск эффективных путей сохранения жизни и здоровья работников железнодорожного транспорта, непосредственно обеспечивающих безопасность движения поездов.

Цель работы. Оценить заболеваемость путевых рабочих как лиц осуществляющих свою деятельность в условиях воздействия вредных факторов производственной среды таких, как: шум, вибрация, запыленность воздушной среды, неблагоприятный микроклимат, тяжелый физический труд и нервно-эмоциональное напряжение.

Материалы и методы. Для исследования использованы данные отчета о причинах временной нетрудоспособности работников АО «НК» «КТЖ» «Павлодарской дистанции пути» (форма № 16)

Результаты и обсуждение. По данным отчета на первом месте находятся болезни органов дыхания, затем следуют травмы и

отравления, болезни нервной системы и органов чувств, болезни органов пищеварения. Случаи профессиональных заболеваний у монтеров пути Павлодарской дистанции пути не зарегистрированы.

Общий травматизм у путевых рабочих составил 1,9% от всех случаев и 25,1% от всех дней нетрудоспособности. По данным отчетов в Павлодарской дистанции пути общий уровень производственного травматизма за последние годы имеет стойкую тенденцию к снижению и составил: в 2008 году 1 случай, в 2009 и 2010 годах случаев производственного травматизма не было. Воздействующие производственные факторы, такие как шум, вибрация, запыленность воздушной среды, неблагоприятный микроклимат, тяжесть и напряженность труда трудно устраняются современными техническими средствами и существующими в отрасли правилами организации труда.

Например, применение антифонов и других средств защиты органа слуха запрещено в связи с выполнением работ во время движения поездов. Использование средств индивидуальной защиты органов дыхания вызывает большие неудобства при выполнении тяжелой физической работы.

Выводы. В связи с этим, первоочередными задачами врачебно-инженерных бригад на предприятиях путевого хозяйства АО «НК «КТЖ» является разработка научно обоснованных профилактических

мероприятий, направленных на оздоровление условий труда, снижение заболеваемости и повышение эффективности мер по

предупреждению и снижению производственного травматизма с летальным исходом у путевых рабочих.

ОБ ИТОГАХ ВНЕДРЕНИЯ БЮРО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ФАО «ЖГМК» «ПЖБ»

Хабарова Н.В., Величко Л.Т., Батырханова Г.К.

ФАО «ЖГМК» «Павлодарская железнодорожная больница»

В целях реализации положений Единой национальной системы здравоохранения в декабре 2009 года были созданы республиканское и региональные бюро госпитализации. Бюро госпитализации стало посредником между поликлиникой и стационаром. Дальнейшее развитие деятельности по обеспечению реализации требований Единой национальной системы здравоохранения получила в июле 2010 года после создания портала Бюро госпитализации.

В ФАО «ЖГМК» после создания портала госпитализации была начата работа в соответствии с установленными нормативными требованиями.

Цель работы. Оценить результаты внедрения веб-портала бюро госпитализации в деятельность ФАО «ЖГМК».

Материалы и методы. Для изучения результатов использовались отчеты медико-аналитического отдела ФАО «ЖГМК», результаты опроса пациентов.

Результаты. За 2010 год госпитализировано через портал в стационарные отделения ФАО «ЖГМК» «ПЖБ» 2578 человек, в стационары города Павлодара 105, в республиканские клиники 21, в другие города Республики Казахстан 7 пациентов. Всего отказов от госпитализации за 2010 год - 21 случай. Причинами отказов явились в 47,1% семейные обстоятельства, в 27,1% - недостаточное обследование на догоспитальном этапе, 10,1% больных

поступило в экстренном порядке. За первый квартал 2011 года через портал госпитализировано 987 человек, процент отказов в госпитализации снизился до 15,3% по причине недостаточного обследования и до 7,2% по причине поступления в экстренном порядке.

Для анализа и принятия оперативных управленческих решений руководители ФАО «ЖГМК» проводят ежедекадный мониторинг и анализ плановой госпитализации с предоставлением информации в вышестоящие организации.

По результатам проводимого ежеквартально анкетирования среди пациентов поликлиники и стационара 93% пациентов удовлетворены госпитализацией через Портал. В 72% анкет отмечена доступность госпитализации для получения высокоспециализированной медицинской помощи в республиканских клиниках и других стационарах города и республики.

Выводы. В итоге проделанной работы мы имеем четкую структуру взаимодействия для стационаров, поликлиники и пациентов, которую все три стороны могут отслеживать на одном ВЕБ-ресурсе.

Портал госпитализации позволяет медицинским работникам формировать отчеты, управлять свободными койками и процессами плановой госпитализации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У РАБОТНИКОВ АО «НК» «КТЖ» ПО ПАВЛОДАРСКОМУ РЕГИОНУ

Хабарова Н.В., Величко Л.Т., Батырханова Г.К.

ФАО «ЖГМК» «Павлодарская железнодорожная больница»

Во всем мире основной экономической ущерб от инфекционных заболеваний приходится на долю гриппа и острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Временная нетрудоспособность от ОРВИ и гриппа составляет 25–30% случаев временной нетрудоспособности от всех заболеваний, травм и ухода за больными. Высокий уровень заболеваемости ОРВИ особенно актуален для организованных коллективов (в частности для работников индустриальной сферы).

Причиной частой вирусной патологии на промышленном производстве и железнодорожном транспорте являются такие экзогенные факторы, как экологическое и социальное неблагополучие, адаптационная перестройка, производственные вредности, региональные особенности. В Павлодарском и Экибастузском регионах суровые климатические условия наряду с загрязнением воздушного бассейна городов из-за наличия крупных предприятий химической и угольной

промышленности способствуют предрасположенности к респираторной патологии.

В настоящее время принято считать, что массовая иммунопрофилактика является эффективным методом борьбы с вирусными инфекциями и гриппом.

Цель данной работы — изучение эффективности применения вакцины Инфлювак для неспецифической профилактики ОРВИ и гриппа у работников предприятий АО «НК» «КТЖ», подвергающихся воздействию неблагоприятных климатических и производственных факторов.

Материалы и методы. В исследование были включены работники трех предприятий ТОО «Ертыс сервис», АО «НК КТЖ «Екибастузское эксплуатационное вагонное депо», АО «Локомотив» «Павлодарское эксплуатационное локомотивное депо» (таблица 1).

Таблица 1. - Группы работников, получивших вакцинацию субъединичной вакциной Инфлювак.

Предприятие, цех	Количество работников	Средний возраст	Производственные вредности
ТОО «Ертыс сервис»	156	41,2	Аммиак, диоксид азота, диоксид серы, хлор, метанол, диметиламин, сероуглерод, сероводород, четыреххлористый углерод, окись углерода
АО «НК КТЖ» «Екибастузское эксплуатационное вагонное депо»	354	39,5	Переохлаждения, смена температур, сквозняки, контакт с большим количеством людей, шум, вибрация
АО «Локомотив» «Павлодарское эксплуатационное локомотивное депо»	621	37,7	Переохлаждения, вибрация общая и локальная, шум, ксенобиотика

Профилактика проводилась в конце октября в начале ноября месяца 2010 года

В качестве контроля рассматривались показатели заболеваемости ОРВИ в опытных группах за 2009 год.

Результаты. Данные о динамике заболеваемости ОРВИ в группах работников, вакцинированных Инфлюваком, представлены в таблице 2.

Таблица 2. - Динамика заболеваемости ОРВИ в группах работников, вакцинированных Инфлюваком.

Предприятие	Абсолютное число				На 100 работающих			
	Случаи ВУТ		Дни ВУТ		Случаи ВУТ		Дни ВУТ	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
ТОО «Ертыс сервис»	26	17	207	107	12,44	8,59	99,04	54,04
АО «НК«КТЖ» «Екибастузское эксплуатационное вагонное депо»	11	5	106	42	27,5	12,5	265,0	105,0
АО «Локомотив» «Павлодарское эксплуатационное локомотивное депо»	9	4	95	31	18,0	8,0	190,0	62,0
Всего	46	26	408	180	57,94	29,09	554,04	221,04

Приведенные данные свидетельствуют о значительном снижении заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) на предприятиях АО «НК «КТЖ», работники которых получили профилактический курс Инфлювака

Вакцинация Инфлюваком привела к статистически значимому снижению заболеваемости ОРВИ во всех группах вмешательства как по случаям ВУТ, так и по дням с ВУТ.

Выводы

1. Применение вакцины Инфлювак способствует снижению риска заболевания

ОРВИ и гриппом у работников промышленных предприятий и железнодорожного транспорта, значительно уменьшая число случаев с ВУТ, уменьшает длительность пребывания на больничном листе и повышает экономическую эффективность предприятий

2. Препарат хорошо переносится, в 0,1% случаях отмечались незначительные побочные реакции.

3. Вакцина Инфлювак может быть рекомендована для профилактики ОРВИ в производственных коллективах.

**АНАЛИЗ РАБОТЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
СРЕДИ РАБОТНИКОВ АО «ЛОКОМОТИВ»**

Хабарова Н.В., Величко Л.Т., Батырханова Г.К.

ФАО «ЖГМК» «Павлодарская железнодорожная больница»

Сердечно-сосудистые заболевания удерживают лидирующие позиции в списках причин смертности и инвалидизации населения большинства стран мира. Профилактические медицинские осмотры взрослого населения в Республике Казахстан имеют своей целью раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца.

Цель работы. Анализ результатов

проведения профилактических медицинских осмотров среди работников АО «Локомотив» в 2008 – 2010 годах.

Материалы и методы. Анализ работы выполнен на основании отчетов, выполненных по результатам проведенных профилактических осмотров работников АО «Локомотив». Работники АО «Локомотив» это, в основном, машинисты, помощники машинистов тепловозов, электровозов. Работа

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

лиц данной профессии характеризуется воздействием на них комплекса производственных факторов, которые включают в себя: высокое нервно-эмоциональное напряжение, обусловленное личной ответственностью за обеспечение безопасности движения и готовностью к экстренным действиям в экстремальных ситуациях; напряжение внимания, слухового и зрительного анализаторов; шум и вибрацию. Режим труда и отдыха локомотивных бригад специфичен. Основная группа локомотивных бригад работает по вызывной системе явок, в

связи с этим начало и окончание работы может приходиться на разные часы суток. Особенно неблагоприятен режим их труда при переходе из поздних ночных в ранние утренние смены, что снижает адаптивные возможности сна у этих работников. Все эти факторы риска служат причиной возникновения артериальной гипертензии

Результаты. В течение трех лет были проведены профилактические осмотры у 458 человек. Выявлено 37 больных артериальной гипертензией, оздоровлено 30 человек (таблица 1)

Таблица 1.

	Осмотрено	Выявлено	%	Оздоровлено
2008 год	157	12	7,6	10
2009 год	154	14	9,0	11
2010 год	147	11	7,4	9

Все выявленные пациенты были взяты на диспансерное наблюдение, им была назначена необходимая гипотензивная терапия. Благодаря проведению оздоровительной работы среди выявленных при осмотрах и в группах риска, на 33,6% уменьшилось количество отстраненных по предрейсовым осмотрам машинистов и

помощников машинистов, что привело к улучшению безопасности движения поездов

Выводы. Скрининговое выявление артериальной гипертензии среди работников АО «Локомотив» и оздоровление их способствует уменьшению количества отстраненных по предрейсовым осмотрам и улучшению безопасности движения поездов.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА - ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ОТБОРЕ В ВОЕННО-УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ И НА СЛУЖБУ В ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНЫ

Шарипова А.У., Баткеева К.А., Сембаева С.Х.

ВВК ДВД Павлодарской области

Пролапс митрального клапана (далее ПМК) - систолическое прогибание одной или обеих митральных створок в полость левого предсердия. Актуальность проблемы ПМК обусловлена его широкой распространенностью в популяции (4-5%) и тяжестью возможных осложнений: внезапная смерть, нарушения сердечного ритма, инфекционный эндокардит, тромбозы различных сосудов. Различают первичный и вторичный ПМК. Вторичный ПМК развивается на фоне поражения сердца при коронарной

патологии, ревматизма, кардиомиопатии, миокардите, миокардиодистрофии. Первичный ПМК связан с врожденным дефектом соединительной ткани (СТ) приводящим к нарушению структуры митральных створок, что обуславливает их повышенную податливость. Указанный дефект обозначается термином «дисплазия СТ и морфологически проявляется миксоматозной дегенерацией – разрушением и утратой нормальной архитектоники коллагеновых фибрилл и замещением их

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

глюкозамингликанами. Диагностические критерии первичного ПМК сводятся к триаде признаков: 1. Ультразвуковые и аускультативные феномены пролапса и клинические эквиваленты нарушения внутрисердечной гемодинамики. 2. Симптомы психовегетативной дисфункции. 3. Внешние и висцеральные маркеры дисплазии СТ. Основным методом диагностики ПМК является Эхо-доплерКГ. Она позволяет установить факт митрального пролабирования, оценить состояние створок и связочного аппарата структурные и функциональные особенности сердца, наличие миксоматозной дегенерации, степень митральной регургитации, а также распознать некоторые осложнения ПМК. Различают три степени пролабирования митрального клапана при ЭхоКГ: 1 степень - пролабирование на 3 – 6 мм; 2 степень на 6 – 9 мм; 3 степень - свыше 9 мм. Различают также три степени регургитации по данным ЭхоКГ: 1 степень - регургитация на уровне створок. 2 степень - до середины предсердия. 3 степень - до противоположной стороны предсердия. В симптомокомплекс, непосредственно связанный с пролабированием, могут быть отнесены и осложнения ПМК. Одним из них является развитие гемодинамически значимой митральной регургитации, связанный с прогрессированием миксоматозной дегенерации клапанных створок, а также дилатацией клапанного кольца. Неизбежным следствием выраженной регургитации становятся объемная перегрузка и дилатация левых отделов сердца, что в свою очередь приводит к появлению опасных нарушений ритма сердца. Поскольку аритмии являются одним из наиболее частых проявлений ПМК и нередко определяют трудоспособность и прогноз, они обязательно должны учитываться при решении экспертных вопросов. При прогрессировании митральной регургитации значительно возрастает частота наиболее грозного осложнения ПМК - внезапной смерти. К факторам риска внезапной смерти относятся синкопальные состояния, наличие

прогностически неблагоприятных аритмий, случаи внезапной смерти у родственников. Возможным осложнением ПМК могут быть тромбоэмболии с миксоматозно-измененных створок, чаще в сосуды вертебро-базиллярной области. ПМК считается одной из основных причин мозгового инсульта у лиц моложе 40 лет.

Цель работы: Комплексный подход для своевременной диагностики ПМК и предупреждение возможных осложнений при проведении медицинского освидетельствования к поступающим в военное-учебные заведения и на службу.

Материал и методы: Обследовано 128 кандидатов поступающих на учебу в возрасте 16-18 лет и 96 поступающих на службу с 18-25 лет (2009-2011 гг.). Диагноз ПМК основывался на характерной клинической картине, результатах инструментальных исследований (ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование), лабораторных и биохимических исследованиях.

Результаты и обсуждение: При диагностике ПМК среди кандидатов на учебу и на службу наиболее информативной явилась аускультативная картина. При этом классический вариант в виде систолического «щелчка» - у 30% , систолический шум (связанный с регургитацией различной степени) - у 35%, «немой» вариант (отсутствие аускультативной картины) - у 35% освидетельствованных.

При этом наблюдалось сочетание 3-х и более маркеров дисплазии СТ и ПМК.

Из обследованных 128 лиц у 26 в возрасте 16-18 лет был выявлен ПМК. При этом у 7-ти наблюдалось нарушение ритма и проводимости: у 3-х – наджелудочковая экстрасистолия у 1-го синдром WPW, у 3-х синдром CLC, митральная регургитация 1-ой степени у 5-х, 2-й степени у 2-х, у 9-ти освидетельствованных ПМК сочеталось синдромом вегето-сосудистой дистонии, у 2-х по психофизиологическим тестам установлены личностные расстройства в виде акцентуации личности.

Таблица. - Наиболее часто встречающиеся маркеры дисплазии СТ при ПМК у освидетельствованных за 2009 – 2011 гг.

№	Маркеры дисплазии СТ	у поступающих на учебу	у поступающих на службу
Внешние маркеры			
1	Астенический тип с гипертрофией и пониженным весом	65-70%	45-50%
2	Сколиоз и деформация грудной клетки	35-40%	30-35%
3	Миопия	19-20%	10-15%
4	Плоскостопие	15-20%	10-12%
5	Аномалия прикуса	10-12%	5-7%
Висцеральные маркеры			
1	Дополнительная хорда	98-100%	95-100%
2	Нефроптоз	10-15%	5-10%
3	Деформация желчного пузыря	7-10%	5-7%
4	Аномалия развития мочеполовой системы	5-7%	3-5%

Выводы: При медицинском освидетельствовании врачу-эксперту на этапе общего осмотра следует обратить внимание на следующие признаки: астенический тип конституции, пониженный вес, воронкообразная или уплощенная грудная клетка, сколиоз, плоскостопие, аномалии прикуса, миопия, повышенная растяжимость кожи, гипермобильность суставов. Комплексная оценка этих проявлений очень важна, поскольку позволяет заподозрить наличие ПМК в начале общего осмотра. Обладатели 3-х и более внешних маркеров дисплазии СТ нуждаются в УЗИ-сердца для исключения ПМК.

Литература:

1. Бобров В.А., Шлыкова Н.А., Давыдова И.В., Зайцева В.Н. Пролапс митрального клапана (диагностика, клиника, тактика

лечения) Клиническая медицина 1996; 6; 14-17.

2. Мартынов А.И. Шехтер А.Б. Степура О.Б. и др. Дисплазия соединительной ткани при идиопатическом пролапсе митрального клапана. Клиническая медицина 1998; 12; 10-13.

3. Мухарлямов Н.М., Норузбаева А.М., Бочкова Д.Н. Пролабирование митрального клапана (клинические варианты). Тер. архив 1981; 1; 72-77., 4.

4. Сторожков Г.И., Верещагина Г.С. Эхокардиографическая оценка состояния митрального аппарата и осложнения пролабирования митрального клапана. Тер. архив 1998; 4; 27-32.

5. Мартынов А.И., Смулевич А.В., Степура О.Б. и др. Пролабирование митрального клапана как психосоматическая проблема. Тер. архив 2000; 10; 27-30.

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА
В СТАДИИ ПЯТНА У ДЕТЕЙ**

¹Шарипов Е.К., ¹Жакипова А.С., ²Изденова Г.О., ³Абыкешева Г.А.

¹КГКП «Детская стоматологическая поликлиника», ² Клиника «Стом-икс»,
³МУ «Областная стоматологическая поликлиника»

Диагноз кариеса зубов ставится на основании данных анамнеза, а именно – жалоб больного, осмотра, проводимого с помощью

стоматологического зеркала, зондирования и данных температурной и перкуторной реакции. В некоторых случаях при определенных

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

показаниях дополнительно используют электородонтодиагностику и рентгенографию, люминесцентную стоматоскопию.

Наиболее простым и доступным методом является метод витального окрашивания твердых тканей зуба. Метод витального окрашивания используется как для диагностики скрытых от невооруженного глаза поражений эмали, так и в целях определения истинных границ патологического очага.

Известный метод диагностики начального кариеса, основанный на окрашивании кариозных пятен 2% водным раствором метиленового синего (Аксамит Л.А., 1973), позволяет определять очаги деминерализации, который основан на свойстве пораженной кариесом эмали сорбировать красители типа метиленового синего, фуксина и т.д.

Цель исследования. Оценить использование метода витального окрашивания при профилактических осмотрах.

Материал и методы. Нами обследованы

первые моляры (шестые зубы) 25 детей в возрасте от 6 до 10 лет, обратившихся в КГКП «Детская стоматологическая поликлиника г.Павлодар» с целью профилактического осмотра в период ноябрь-декабрь 2010 года.

Методика витального окрашивания твердых тканей зуба заключается в очищении исследуемой поверхности зуба от пищевого и бактериального налета и высушивания этой поверхности. После этого на 3 мин путем аппликации наносится с помощью рыхлого ватного тампона краситель. По истечении 3 минут проводится оценка интенсивности окрашивания очага поражения. Различают легкую, среднюю и высокую степень окраски, что находится в прямой зависимости от степени деминерализации эмали в результате кариозного поражения.

Результаты и обсуждение.

Результаты работы по использованию витального окрашивания при проведении профилактических осмотров представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица №1. - Витальное окрашивание шестых зубов у детей.

Количество зубов			
Не окрасилось	Легкое окрашивание	Среднее окрашивание	Сильное окрашивание
32	11	15	42

Таблица №2. - Локализация кариозного процесса.

Поверхность коронки зуба	Наличие полости
Жевательная	48
Контактная	35

Анализируя полученные данные, представленные в таблице №1, можно сказать, что первые моляры у детей чаще подвержены кариозному процессу (68% исследуемых зубов). Основной причиной развития кариеса является неудовлетворительная гигиена полости рта.

По данным литературы (Федоров Ю.А., Чивиль Л.Г.) 34,4% школьников систематически ухаживают за полостью рта, 15-16% совсем не чистят зубы, а 50% нерегулярно чистят зубы. Уход за полостью рта осуществляется неправильно: лишь около 20% детей чистят зубы вечером, а остальные 80% - утром. Утром и вечером чистят зубы всего-3-4%.

Кариес чаще всего локализуется на

жевательной поверхности (таблица №2) в фиссурах и на контактных поверхностях зуба, где фиксируется зубной налет.

При воздействии кислоты, продукта жизнедеятельности микроорганизмов зубного налета, происходит процесс деминерализации твердых тканей зуба.

Установлено, что первые моляры прорезываются в разные сроки: нормально, ускоренно и с задержкой. В процессе формирования и роста зуба происходит укрепление и минерализация твердых тканей зуба за счет воздействия слюны, пищи, зубной пасты.

При ускорении и задержке прорезывания нарушается минерализация эмали, что способствует увеличению кариеса.

(Кабулбеков А.А. 2008).

Для защиты слабоминерализованных тканей зуба, от воздействия кариесогенных факторов, до процесса укрепления эмали в современной стоматологии применяют герметики - композитные материалы светового отверждения, наносимые на фиссуры.

Выводы: для раннего выявления скрытых очагов кариозного процесса необходимо использовать метод витального окрашивания твердых тканей зуба; прививать детям правильные навыки по уходу за полостью рта, начиная с раннего возраста для улучшения стоматологического здоровья, усилить роль

профилактики в стоматологии, применять современные методы герметизации и глубокого фторирования рискованных поверхностей зубов.

Литература:

1. Материалы IV съезда врачей-стоматологов РК, С.33, 2008 г.
2. Супиев Т.К. Учебное пособие, С.335-342, 2006 г.
3. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов, С. 122-129, Медицина. 1999г.
4. «Стоматология» журнал №5, 1989г., стр.22-23

СИСТЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТОМАТОЛОГА С ПАЦИЕНТОМ

¹Шарипов Е.К., ²Изденова Г.О., ³Салихова Э.Р., ⁴Абыкешева Г.А.

¹КГКП «*Детская стоматологическая поликлиника*», ²Клиника «*Сто-икс*»,
³ФАО «*Железнодорожные госпитали медицины катастроф*» Павлодарская
железнодорожная больница, ⁴МУ «*Областная стоматологическая поликлиника*»

Субъектный тип отношений – это такая форма взаимодействия медперсонала с пациентом, в которой отражается и уважительно учитывается его личностная реальность, т.е. социальный, соматический и психический статус, потребности и интересы, желания и мотивы, настроения и озабоченность здоровьем, а также право получить необходимую помощь, поддержку и информацию (о содержании, этапах, стоимости лечения, способах поддержания его эффекта, стоматологическом прогнозе).

Субъектный тип отношений достигается в том случае, если врач или медсестра, общаясь с пациентом, использует такие приемы, знаки, символы и способы взаимодействия, которые пациент может расценивать как проявление искреннего внимания и подлинной заботы лично о нем. Прежде всего в результате субъектных отношений пациент испытывает доверие к медицинскому работнику. Субъектный тип отношений противопоставляется объектному, для которого характерны те или иные формы

равнодушия, формализма, невнимания, игнорирования индивидуальности пациента. В таком случае пациент чувствует себя «среднестатистическим» больным или посетителем клиники равновероятным для персонала. Врач при этом решает свои профессиональные задачи, возможно, на высоком уровне, не выявляя мнения и настроения пациента, не придавая должного внимания его состоянию, особенностям характера, жизненным позициям, установкам на лечение, отношению к медицинскому учреждению или персоналу, не заботясь о его платежеспособности. В итоге снижается или совсем не возникает доверие к представителю медицины.

Цель работы. Оценить удовлетворенность посетителей стоматологической клиники взаимодействием с медицинскими работниками

Материал и методы: Для выяснения взаимодействия врача-стоматолога с пациентами проведен телефонный опрос пациентов. Опрошено 30 пациентов,

показывающие впечатления о визите к врачу. Ответы оценивались 5 балльной системой.

Результаты и обсуждение. Из 30 опрошенных респондентов результаты расположились следующим образом: 70% - дали положительную характеристику лечащему врачу и изъявили желание лечиться у него в дальнейшем (оценка «пять»); 28% опрошенных оценили работу врача как удовлетворительную, из них треть пожелала снова обратиться к своему врачу, если он проявит большую внимательность и чуткость к пациенту; 2% респондентов категорически отказываются от повторного обращения к врачу, у которого лечился, из-за отсутствия понимания к состоянию пациента, несмотря на его отличные профессиональные знания.

В результате опроса выяснилось, что все пациенты хотят лечиться у врача, который при приеме уделяет больше внимания пациенту как личности, при этом не страдают его профессиональные качества. К врачу, который отлично выполняет свою работу, но не может эффективно построить диалог с пациентом идут неохотно. Особенно пациенты пожилого возраста нуждаются в участии, доброжелательности и внимании лечащего врача.

Выводы. Взаимопонимание в работе врача достигается с большим трудом, в результате непрерывного самосовершенствования и применения принципов субъектных отношений. Доверие формируется, как

минимум, прежде всего в том случае, если врач, взаимодействуя с пациентом, демонстрирует компоненты обязательного профессионального общения: подробно выясняет, что беспокоит пациента, учитывает все его жалобы и пожелания; хорошо объясняет и подробно согласует, что он намерен лечить; подробно поясняет профилактические меры, позволяющие сохранить эффект лечения; подробно объясняет, как поступить, если возникнут проблемы после визита; подробно согласует стоимость лечения.

Огромную роль в завоевании доверия играют также психологические качества врача: его обаяние и энергетическое влияние, умение расположить к себе партнера по общению. По крайней мере, пациент может обратить внимание на такие эффекты как проявление заботливого отношения к себе, способность врача оказывать успокаивающее воздействие. Конечная цель субъектных отношений заключается в том, чтобы при помощи правильно выстроенного диалога с пациентом и невербального воздействия подвести его к обоснованным искомым умозаключениям.

Литература:

1. Бойко В.В., Мчелидзе Т.Ш. Субъектные отношения во взаимодействии стоматолога с пациентом, С-Петербург, 2010 г.
2. Мескон М.Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. М.: Дело, 1992

ВЛИЯНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шарипов Е.К.

КГКП «Детская стоматологическая поликлиника»

Ежедневно и правильно выполняемая гигиена полости рта является наиболее массовым и постоянно действующим фактором профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта. Однако именно проблема массовости и рациональности ее реализации остается одной из главных задач современной стоматологии. Это вполне

объяснимо, так как до сих пор значительная часть детского и взрослого населения не соблюдает регулярно основные правила гигиены полости рта, не владеет достоверной информацией о важном значении ухода за зубами.

Материал и методы:

Обследование проводилось в период

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

плановой санации у детей школ города. При обследовании выявляли число кариозных, запломбированных и удаленных постоянных зубов, а также выполнение ребенком правил гигиены полости рта (чистит зубы утром, вечером, регулярно, нерегулярно, не чистит). Заключение о качестве гигиены полости рта делалось на основании сопоставления данных опроса детей, осмотра состояния полости рта.

Результаты и обсуждение:

Всего осмотрено 660 школьников 12-14 лет. В зависимости от характера ухода за зубами, все они были разделены на три группы: ухаживающие за зубами, не ухаживающие за зубами и ухаживающие за зубами нерегулярно.

Осмотр показал, что за зубами ухаживают систематически не более 34% детей, совсем не чистят зубы 16%, а нерегулярно ухаживают за зубами в среднем около 50% детей.

Таблица. - Данные о гигиене полости рта и состояния зубов у школьников 12-14 лет.

Анализируемые показатели	Уход за зубами и состояние полости рта у осмотренных			Всего
	Не чистят	Удовлетворительно чистят	Неудовлетворительно чистят	
Мальчики	81	90	170	341
Девочки	22	134	163	319
Всего детей	103	224	333	660
Средний показатель КПУ на одного ребенка	2.6	1.5	2.9	2.4
Количество детей, не имеющих кариеса постоянных зубов	21	100	84	205
Количество детей с гингивитами	6	2	13	21

Можно отметить, что прослеживается различие в уходе за зубами у девочек и мальчиков. Девочки ухаживают за полостью рта значительно чаще, чем мальчики.

Установлено, что уход за полостью рта в большинстве случаев осуществляется неправильно: 89 (16%) детей чистят зубы вечером, 390 (70%) – утром, 78 (14%) - утром и вечером. Родители и педагоги зачастую сами не понимают и не знают основ и правил соблюдения гигиены полости рта, поэтому никакой эффективной помощи детям оказать не могут. Между тем правильный уход за полостью рта играет определенную роль в профилактике стоматологических заболеваний. Изучение состояния постоянных зубов школьников показало, что количество детей, не имеющих кариозных поражений зубов, из числа обследованных, регулярно ухаживающих за зубами и полостью рта составляет 100 (45%), а в группе школьников, не соблюдающих правил гигиены полости рта, их всего 21 (20%). В первой группе школьников наименьшее число кариозных, запломбированных, удаленных постоянных зубов на одного ребенка (средний показатель КПУ - 1.58). Между тем, на одного ребенка, из числа не ухаживающих за зубами, приходится 2,59

Данные проведенного осмотра и анализа

указывают на определенную зависимость между состоянием зубов и слизистой оболочки полости рта, с одной стороны, и качеством гигиенического ухода за полостью рта - с другой. Вполне понятно, что проблему кариеса невозможно разрешить одним правильным и рациональным уходом за полостью рта. Совершенно очевидно, что главенствующая роль в этиопатогенезе кариеса играют общие факторы, соблюдение гигиены полости рта является важным фактором в профилактике кариеса.

Выводы: изучение состояния полости рта у детей среднего школьного возраста показало, что всего около 30% детей правильно и регулярно ухаживают за полостью рта; отмечена определенная зависимость между степенью гигиенического ухода за полостью рта и частотой поражения зубов кариесом; имеется несомненная зависимость между качеством гигиенического ухода за зубами и частотой развития гингивитов; врачам-стоматологам необходимо в процессе работы уделять больше внимания пропаганде правил чистки зубов.

Литература:

1 Козлов В.А. Стоматология. С-Петербург «Спецлит».2003.С.56.

Содержание

Имангазинов С. Б.	4
Каирбеков Токен Каирбекович – ветеран здравоохранения республики	
Имангазинов С. Б., Каирбеков Т. К., Болтина В. Д., Шевелева Л. В., Бобрешова О. В.	5
О развитии противотуберкулезной помощи в Павлодарском регионе (1924-1971 гг.)	
Абдикова Г. К.	10
Кровозаместительная терапия в комплексном лечении пострадавших с переломами таза	
Абдикова Г.К.	11
Опыт использования регионарной анестезии в абдоминальной хирургии и травматологии	
Абжанова С.А., Медеуова С.С., Емилева К.А., Оразгалиева С.Т., Аканова М.С.	11
Эффективность пролонгированного антагониста кальция в лечении больных артериальной гипертензии	
Абжанова С.А., Медеуова С.С., Емилева К.А., Оразгалиева С.Т., Аканова М.С.	12
Побочные действия лекарственных средств	
Абыкешева Г.А.	13
Влияние ранней потери молочных зубов на развитие челюстно-лицевой области	
Абыкешева Г.А.	14
Эпидемиология кариеса зубов	
Азмагамбетова З. А., Искакова А.К., Нурмакина С.К., Тулебаева Н.М., Уалиева Ш.А.	16
Влияние изменения образа жизни на течение сахарного диабета	
Азмагамбетова З. А., Искакова А.К., Нурмакина С.К., Тулебаева Н.М., Уалиева Ш.А.	16
Лечение пробиотиком «Бифиформ» больных с острыми и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта с явлениями дисбактериоза кишечника	
Азмагамбетова З.А.	17
Биологические активные добавки в лечении хронической обструктивной болезни легких	
Азмагамбетова З.А.	18
Некоторые причины неконтролируемой бронхиальной астмы	
Азмагамбетова З.А., Искакова А.К., Нурмакина С.К., Тулебаева Н.М., Уалиева Ш.А.	18
Применение БАД «Сердечные травы» при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой патологии	
Байказаква С.С.	19
Некоторые аспекты оказания медицинской помощи больным туберкулезом	
Байказаква С.С.	20
Противотуберкулезный санаторий на страже здоровья детей	
Баткеева К.А.	23
Электроэнцефалография – как оценка функционального состояния мозга	
Бендер Н.Р., Кудайбергенова., Рыжая А.В., Исабекова А.К., Назарова М.Б.	23
Кислотозависимые заболевания органов пищеварения у сельских жителей Павлодарской области	
Бендер Н.Р., Исабекова А.К., Назарова М.Б., Кудайбергенова., Рыжая А.В.	25
Распространенность эндемического зоба среди жителей Павлодарской области	

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

Битигова Г. К.	27
Случай язвенно-некротического поражения кожи, представляющий трудность для диагностики	
Величко Л.Т.	29
Консультативно - диагностический поезд «Денсаулык» в Павлодарском регионе	
Гаврильман А.С.	31
Консервативные методы лечения болезни Пейрони	
Гаврильман А.С.	31
Гидроаденит мошонки	
Ганюкова О.В.	32
Применение Эбрантила для коррекции интраоперационной гипертензии во время анестезиологического пособия	
Гарбузенко О.Н., Бабашев Б.Б., Касымов Н.К., Какимова К.М., Жармагамбетова К.А., Салаханов Р.А., Илибаева Г.К.	34
Эффект применения ультрафиолетового облучения крови при комплексной терапии острого алкогольного абстинентного синдрома	
Другова Т.Н.	35
Врожденный гипотиреоз	
Евграшина О.В., Айтхожина Б.А.	37
Лечение больных с ГЭРБ препаратом Лансобел в условиях поликлиники	
Евграшина О.В., Айтхожина Б.А.	38
Лечение больных с язвенной болезнью желудка препаратом Де-нол в условиях поликлиники	
Евграшина О.В., Айтхожина Б.А., Антикеева Ш.К.	39
Лечение больных артериальной гипертензией препаратом Фозикард в амбулаторных условиях	
Егошин В.Л.	40
Некоторые культурные и экономические аспекты демографических показателей	
Егошин В.Л., Кусаинов А.Т., Сатабаев М.Т.	41
Некоторые аспекты показателей числа самоубийств и самоповреждений в странах Европейского региона ВОЗ	
Елемесов Е.К.	43
Рентгенологическая характеристика структуры костной ткани челюстей в зависимости от возраста	
Елемесов Е.К.	45
Сроки оперативного лечения детей с укороченной уздечкой языка	
Есимова Ж.К.	46
Применение кальцийсодержащих паст для лечения глубокого кариеса	
Журавлева Н.П., Шуганова С.Б., Еркибаева А.К., Телеусова С.С., Тугунбаева А.А.	47
Развитие бронхиальной астмы у сельских жителей Павлодарской области	
Журавлева Н. П., Шуганова С.Б., Телеусова С.С., Еркибаева А.К., Тугунбаева А.А.	49
Развитие осложнений сахарного диабета у сельских жителей павлодарской области	
Изденова Г.О.	51
Связь болезней пародонта с заболеваниями желудочно-кишечного тракта	

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

Изденова Г.О.	53
Диагностика кариеса	
Имангазинов С.Б., Сорокина М.Е., Левина И.Ф., Ардабаева С.Н., Хасенова Г.Ж.	54
Динамика беременностей среди женщин с ВИЧ-инфекцией в Павлодарской области	
Искакова А.К.	55
Комплексная терапия лямблиоза	
Искакова А.К.	57
Спелеотерапия в комплексном лечении хронических обструктивных заболеваний легких	
Канафина Л.Р., Сакенова Г.Ж., Макиевская Е.В., Айтжанова Ш.Г., Мотовилов А.Д.	58
Наш опыт лечения ишемического инсульта в остром периоде	
Касимова Б.К.	60
Современные подходы к терапии затяжных и осложненных бронхолегочных заболеваний у детей	
Комков А.П., Сейтказина Г.Т.	62
Опыт эффективного применения гептрала у токсикологических больных с поражением печени	
Комков А.П.	63
Отравление угарным газом (случай из практики)	
Комков А.П.	64
Анализ деятельности токсикологической службы Павлодарской области	
Мамыров Д.У., Жакупов Р.К., Мамыров Е.Д., Ганюкова О.В., Каирбеков Ш.О., Аргандыкова У.Р., Касбаева М.С.	65
Комбинированная эпидурально-спинальная анестезия с электронейростимуляцией в хирургии	
Медеуова С.С.	68
Оценка контроля астмы в работе участкового терапевта	
Медеуова С.С.	69
Лечение аллергического ринита в практике участкового терапевта	
Медеуова С.С., Абжанова С.А., Емилева К.А., Оразгалиева С. Т., Аканова М.С.	69
Эффективность «Задитена» у больных с паразитозами	
Мукпенова М.А., Изденова Г.О., Абыкешева Г.А.	70
Стираемость твердых тканей зубов и поражаемость их кариесом	
Нажмиденова А.Б., Кузембаева Д.Д.	71
Роль ультразвуковой диагностики в раннем выявлении неалкогольной жировой болезни печени	
Нурмакина С.К.	73
Применение Мексидола в лечении хронической обструктивной болезни легких	
Нурмакина С.К.	75
Влияние гепатогенных зон на развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы	
Оразгалиева С.Т.	76
Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в гинекологии	
Оразгалиева С.Т.	77
Медицинская реабилитация хронических обструктивных болезней лёгких	

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

Сакенова Г.Ж.	78
Применение Фенотропила в остром периоде ишемического инсульта	
Смаков С.Б.	80
Организация гемодиализной помощи в Экибастузском регионе	
Тургульдинов А.	80
Сельское здравоохранение в условиях Единой Национальной системы	
Хабарова Н.В.	82
Анализ производственного травматизма среди путевых рабочих АО «НК «КТЖ» «Павлодарской дистанции пути»	
Хабарова Н.В., Величко Л.Т., Батырханова Г.К.	83
Об итогах внедрения бюро госпитализации в ФАО «ЖГМК» «ПЖБ»	
Хабарова Н.В., Величко Л.Т., Батырханова Г.К.	84
Профилактика острых респираторных вирусных инфекций у работников АО «НК» «КТЖ» по Павлодарскому региону	
Хабарова Н.В., Величко Л.Т., Батырханова Г.К.	85
Анализ работы по выявлению артериальной гипертензии среди работников АО «Локомотив»	
Шарипова А.У., Баткеева К.А., Сембаева С.Х.	86
Пролапс митрального клапана - экспертиза при отборе в военно-учебные заведения и на службу в правоохранительные органы	
Шарипов Е.К., Жакипова А.С., Изденова Г.О., Абыкешева Г.А.	88
Ранняя диагностика и профилактика кариеса в стадии пятна у детей	
Шарипов Е.К., Изденова Г.О., Салихова Э.Р., Абыкешева Г.А.	90
Система взаимодействия стоматолога с пациентом	
Шарипов Е.К.	91
Влияние гигиенического ухода за полостью рта на состояние зубов у детей школьного возраста	

**Редакционно-издательский центр
Государственного медицинского университета г. Семей**

**Подписано к печати 30.06.2011г.
Объем – 12 усл.печ.л.
Отпечатано в типографии ГМУ г.Семей
Тираж 300 экз. Заказ №822**

071400 г. Семей, ул. Абая Кунанбаева, 103