

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

№ 2 2012 г.

Журнал основан в 1999 г.

С 2001 г. журнал входит в  
перечень изданий, Комитета  
по контролю в сфере  
образования и науки МОН РК

**Учредитель:**  
Государственный  
медицинский университет  
г. Семей

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

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

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

**Технический секретарь**  
Сапаргалиева Э.Ф.

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

Мнение авторов может не  
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии  
Государственного  
медицинского университета  
г. Семей

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

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

## Редакционный совет:

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

## Редакционная коллегия:

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

## Содержание

**Вопросы медицинского образования**

**Л.К. Каражанова, Л.К. Ушкац** 5

Компетентностно-ориентированное обучение – как процесс активизации профессионального развития специалистов в высшем медицинском учебном заведении

**Организация здравоохранения Республики Казахстан**

**Г.К. Бейсенбекова, Б.Т. Каупбаева, А.М. Бегалина** 8

Безопасность и качество в здравоохранении как общепризнанная международная норма через призму стандартов аккредитации

**С.В. Ким, Л.Ж. Камзебаева, К.Н. Анасова, О.Б. Гаряга** 10

Организационно-методические аспекты регистрации внебольничной смертности от распространенных болезней системы кровообращения

**С.Б. Имангазинов, О.Г. Таштемирова, К.К. Таштемиров, А.К. Ситказинов** 13

Роль врача во взаимоотношении с пациентами

**Р.М. Жумамбаева, Д.К. Кожаметова, Е.В. Есикова, Н.А. Балашкевич, Е.М. Жумамбаев, С.Б. Кайдарова** 15

Организация ухода за жителями КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей

**Лекции**

**Л.К. Каражанова** 18

Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда в лечении артериальной гипертензии: в фокусе Леркамен.

**Л.К. Каражанова, А.А. Чиньбаева** 24

Антагонисты кальция бензотиазепинового ряда - роль в современной терапии сердечно-сосудистых заболеваний: в фокусе – дилтиазем

**Л.К. Каражанова** 32

Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН)

**Статьи** 38

**Л.К. Каражанова, Г.Б. Батенова**

Артериальная гипертензия у лиц пожилого возраста

**Р.Б. Егаубаева** 40

Применение аториса у женщин с артериальной гипертензией и гиперлипидемией

**И.И. Пинзко-Скворцова** 42

Характеристика больных с хронической сердечной недостаточностью на госпитальном этапе

**Б.Ж. Токтабаева** 44

Врожденный порок сердца. Синдром гипоплазии правого желудочка

**Б.Ж. Токтабаева** 46

Частота встречаемости фенотипических признаков при пролапсе митрального клапана сердца у детей

**Г.Б. Тайоразова** 48

Анализ врожденных пороков развития у новорожденных (по материалам родильного дома №3 г. Семей)

**А.К. Жамантаева** 49

Случай сочетанного гастрошизиса у новорожденного ребенка (по материалам родильного дома № 3 г. Семей)

**Н.С. Игісінов, Е.Б. Адилбеков, К.К. Гаитова, М.А. Құлмырзаев** 51

Орталық нерв жүйесінің қатерлі ісіктерінен Қазақстан халқы өлім-жітімінің жас-жыныстық ерекшеліктері

**А.С. Әубәкірова, С.В. Ким, Н.С. Игісінов** 53

Қазақстандағы жол-көлік оқиғаларынан болатын өлім-жітім картограммасы

**З.К. Султанбеков, А.Ш. Букунова, А.Б. Гайсин, Д.Г. Ли, Ж.Н. Баткульдина, А.С. Конурбаева** 55

Анализ смертности населения города Усть-Каменогорска

**Г.Б. Кожаметова** 58

Проблема преднамеренного самоповреждения с летальным исходом в Казахстане

**Д.М. Кульмирзаева, Н.С. Игисинов, Ж.К. Буркитбаев** 62

Анализ заготовки донорской крови в Казахстане

**М.А. Жанаспаев, Г.Н. Дуйсембаева, Р.И. Назимов, Н.А. Бокембаев, Ж.М. Садыков** 64

Частота и результаты реабилитации вертельных переломов бедра

**А.О. Мысаев, Т.Ж. Омарбаев, О.А. Кожаметов, А.А. Сутормин** 66

Характеристика переломов диафиза плечевой кости по городу Семей за 2011 год

<b>О.А. Кожахметов</b>	68
История развития внутрикостного остеосинтеза	
<b>Т.Ж. Омарбаев, О.А. Кожахметов, А.О. Мысаев</b>	70
История развития пластин для на костного остеосинтеза	
<b>А.О. Мысаев, Т.Ж. Омарбаев, А.М. Жайсанбаев, О.А. Кожахметов</b>	73
Научный подход к решению проблемы дорожно-транспортного травматизма: некоторые вопросы профилактики ДТП	
<b>С.К. Нурланов</b>	76
Консервативное лечение врожденной косолапости	
<b>Т.А. Булегенов, А.С. Тлемисов</b>	78
Медико - социальные аспекты дисплазии тазобедренных суставов у детей	
<b>М.М. Гладинец, Д.Г. Кондратьев, Я.С. Ракида, М.А. Свавильная, М.Ф. Увазыров</b>	80
Диагностическо - лечебная программа интоксикационного синдрома при разлитом перитоните	
<b>Г.Ж. Ыгиев</b>	82
Инфузионная терапия в периоперационном периоде	
<b>А.Б. Турганова</b>	83
Эндоскопическая полипэктомия, как эффективный метод профилактики рака толстой кишки	
<b>Н.М. Жумажанов</b>	85
Предоперационная подготовка больных пожилого возраста с рецидивными грыжами передней брюшной стенки	
<b>И.В. Поварницын</b>	87
К вопросу об анестезиологическом обеспечении операций по поводу внематочной беременности, осложненной геморрагическим шоком 3 степени	
<b>Н.М. Жумажанов</b>	88
Хирургическая тактика лечения острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой у больных пожилого возраста	
<b>А.А. Дюсембаев</b>	90
Лечение сочетанных травм органов брюшной полости и конечностей у детей	
<b>С.Б. Алимханов, М.М. Гладинец, Д.К. Алдынгуров</b>	91
Анализ деятельности хирургической службы	
<b>О.Г. Таштемирова, С.М. Тергеусизов, Ш. А.Тергеусизова, К.К. Таштемиров, Р.Л. Жалтыров, Г.А. Жакупова</b>	94
Роль скринингового исследования в диагностике злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта	
<b>А.А. Дюсембаев</b>	96
Лечебная физическая культура и изометрическая гимнастика в комплексном лечении детей с диафизарными переломами бедренной кости	
<b>М.З. Ахметова</b>	98
Особенности клиники дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей	
<b>М.Т. Сейдуманов, А.К. Алимжанов, М.А. Головня</b>	99
Диабетическая стопа и ее лечение	
<b>Д.М. Сулейменова, С.К. Кабдыканов, Ж.Р. Сапаргалиева</b>	104
Особенности лечения и протезирования больных с протезными стоматопатиями	
<b>Ш.Ш. Абралина, Л.М. Садвокасова, Д.М. Буржанова, П.А. Камбарова, Б.А. Куренова</b>	106
Особенности течения лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей	
<b>Н.Б. Хайдарова</b>	108
Эндодонтическое лечение осложненного кариеса, профилактика ошибок и осложнений	
<b>Ю.А. Заворохина, Т.М. Токанов, К.М. Пилипенко, М.А. Ганжа</b>	109
Некоторые аспекты профилактики заболеваний пародонта	
<b>Н.Б. Хайдарова</b>	111
Профессиональная пригодность стоматологов	
<b>О.А. Заворохина, Ю.А. Заворохина, Г.Т. Ахмадуллина, Н. Гоосен, Л.А. Эрайзер, Ж.С. Капасова</b>	112
Частота дисбактериозов у пациентов с оппортунистическими кишечными инфекциями различной этиологии	
<b>С.Б. Имангазинов, М.Е. Сорокина, А.Н. Жапарбеков, Г.Ж. Хасенова, А.М. Асылханова</b>	114
Анализ эффективности антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных в пенитенциарной системе	
<b>Г.Н. Турарова</b>	115
Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ – инфекции за 2005-2011 годы в исправительных учреждениях города Семей	

<b>К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.Ж. Конкакова, Л.П. Бритенкова, Б.К. Жаркенова, Н.Б. Нурғалиев, И.М. Байльдинова</b> Цитокиновая регуляция иммунного ответа при туберкулезе легких	117
<b>Р.С. Игембаева</b> Роль цитокинов в противотуберкулезном иммунитете	118
<b>К.С. Игембаева, И.Е. Соловьев, Л.П. Бритенкова, Ж.Ж. Конкакова, Е.А. Ибраев, И.М. Байльдинова, Б.К. Жаркенова, Н.Б. Нурғалиев</b> Исходы лечения больных с лекарственно – резистентной формой туберкулеза легких	119
<b>Р.С. Игембаева</b> Динамика эпидемиологических показателей по туберкулезу Семипалатинского региона за последние 37 лет (1975-2011 г.г.)	121
<b>Ж.О. Жакиянова, М.У. Утеубаев, Б.К. Ерсаканова, Н.С. Жарылгапова, Л.О. Абдикаримова, М.Е. Оразғалиева</b> Особенности ограниченного воспалительного заболевания наружного носа	123
<b>Ж.О. Жакиянова, Б.Б. Кулумбаева, Н.С. Жарылгапова, Л.О. Абдикаримова, М.Е. Оразғалиева, М.У. Утеубаев</b> Эффективность реабилитации вестибулярных нарушений	124
<b>Д.Б. Тайгулов</b> Социально гигиенические аспекты состояния здоровья студентов медицинского университета	126
<b>С.К. Кулиниченко</b> Функциональное состояние центральной нервной системы рабочих свинцового производства	128
<b>Р.М. Жумамбаева, Д.К. Кожахметова, С.К. Оразбекова, И.А. Избасарова, Е.М. Жумамбаев, Г.К. Рахимбекова</b> Анализ структуры заболеваемости жителей «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей	131
<b>Р.М. Жумамбаева, Д.К. Кожахметова, С.К. Оразбекова, Л.Б. Дюсенова, Е.М. Жумамбаев, А.Б. Калымжанова</b> Состояние здоровья пациентов диспансерной группы медико-реабилитационного отделения «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей	133
<b>У.С. Самарова, Д.С. Мусина</b> Социально-гигиенические аспекты искусственного прерывания беременности	135
<b>М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлюбаева, Г.О. Есенгельдинова, К.Г. Влащенко</b> Эффективность внедрений по перинатальному уходу в городе Семей по данным городского клинического родильного дома	137
<b>Случаи из практики</b>	
<b>А.М. Кусаинов</b> Флегмона мошонки (Случай из практики)	139
<b>Т.К. Тлеғенов</b> Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени (случай из практики)	140
<b>К.К. Джаксалыкова, К. Д. Абаева, Г.М. Мейремханова, А.К. Жамантаева, Г.Б. Тайоразова</b> Клинический случай врожденного лейкоза у новорожденного ребенка с синдромом Дауна	142
<b>С.Ц. Ван</b> Клинический случай ретинобластомы	144
<b>Л.Е. Абишева</b> Проблемы гемостаза у больных с хроническими заболеваниями печени (с демонстрацией клинического случая)	145
<b>И.И. Пинзко-Скворцова</b> Лёгочная гипертензия - случай из практики	147



УДК 378,1: 61

## КОМПЕТЕНТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ – КАК ПРОЦЕСС АКТИВИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ

Л.К. Каражанова, Л.К. Ушкац

*Государственный медицинский университет города Семей*

### Тұжырым КОМПЕТЕНТТІ-БАҒЫТТАЛҒАН БІЛІМ АЛУ – ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҚУ ОРНЫНДА МАМАНДАРДЫҢ КӘСІПТІК ДАМУЫН БЕЛСЕНДІРУ ҮРДІСІ РЕТІНДЕ Л.К. Каражанова, Л.К. Ушкац

Оқу үрдісін нығайту мәселелері кафедраларда әртүрлі бағыттарда жүргізіледі. Солардың бірі – білім алушылардың даярлау сапасын арттыратын компетентті-бағытталған білім беруді енгізу. Компетенттілік – өз әрекетін іске асыруға құштарлығы мен дайындығын сипаттайтын, тұлғаның интегралды қасиеті. Компетентті-бағытталған білім берудің жалпы мақсаты: болашақ мамандарды даярлау сапасын жоғарлату, қазіргі заманға сай инновациялық педагогикалық технологияларды қолдану, білім беруді ұздіксіз, тұлғалық-бағытталған, компетентті-бағытталған, модульді және нәтижелі ету.

**Шешуші сөздер:** компетентті-бағытталған білім беру, педагогикалық инновация.

### Summary COMPETENCE-BASED LEARNING - A PROCESS OF ENHANCING THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF SPECIALISTS IN HIGHER MEDICAL SCHOOL

Л.К. Karazhanova, L.K. Ushkats

Development of the issues of optimization of educational process in the departments is carried out in different directions. One of them is the introduction of competence-based learning, allowing to improve the quality of training of students. Competence is an integral property of the individual that characterizes his desire and ability to realize their potential (knowledge, skills, experience, personal qualities, etc.) to be successful in a particular area. The general objectives of competence – based learning are: improving the quality of training of future professionals, using of innovative modern pedagogical technologies, to make education a continuous, person-oriented, competence-oriented, modular, flexible and productive.

**Key words:** Competence - based learning, educational innovation

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

ВУЗ осуществляет подготовку высокопрофессиональных, конкурентоспособных медицинских кадров нового поколения на основе формирования особой среды взаимного сотрудничества преподавателей, студентов и работодателей, внедрения инновационных технологий во все сферы деятельности вуза, стремится обеспечить компетентностный подход в образовании и непрерывное профессиональное обучение на протяжении всей жизни, выполняя потребности общества по охране здоровья населения. Такова миссия университета.

В настоящее время университет ведет обучение студентов по 8 специальностям на 8 факультетах: общемедицинском, педиатрическом, лечебном, фармацевтическом, стоматологическом, медико-профилактическом, факультетах общественного здравоохранения и сестринского дела, 35 кафедрах, факультете усовершенствования врачей в г. Павлодар.

Приоритетом в организации учебного процесса является активное использование инновационных методов обучения: внедрение PBL (проблемно-ориентированное обучение), SBL (обучение ориентированное на случай), интегрированные программы обучения, компетентностный подход в образовании.

Согласно информации Министерства здравоохранения Республики Казахстан в рейтинге научно-

исследовательских организаций и вузов по реализации Концепции реформирования и развития науки среди 28 организаций наш вуз в 2009 году занял первое место (120 баллов).

Разработка вопросов оптимизации учебного процесса на кафедрах осуществляется в различных направлениях. Одно из них – это внедрение компетентностно-ориентированного обучения, позволяющего повысить качество подготовки обучающихся. Одним из нововведений в образовании является компетентностно-ориентированное обучение в интернатуре.

- Вопрос о компетенциях и квалификациях - это вопрос о целях образования, которые выступают активным ядром нормы качества образования, его стандартов.

- Квалификация - это степень и вид профессиональной подготовленности работника, наличие у него знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения им определенной работы.

- Компетенции - некоторые внутренние, потенциальные, сокрытые психологические новообразования (знания, представления, программы (алгоритмы) действий, системы ценностей и отношений), которые затем выявляются в компетентностях человека как актуальных, деятельностных проявлениях.

- Компетентность - интегральное свойство личности, характеризующее его стремление и способность (готовность) реализовать свой потенциал (знания, умения, опыт, личностные качества и др.) для успешной деятельности в определенной области.

В зарубежных исследованиях имеет место термин «профессиональные компетенции», которые описываются как:

- эффективное использование способностей, позволяющее плодотворно осуществлять профессиональ-

ную деятельность согласно требованиям рабочего места;

- овладение знаниями, умениями и способностями, необходимыми для работы по специальности при одновременной автономности и гибкости в части решения профессиональных проблем; развитие сотрудничества с коллегами и профессиональной межличностной средой

- Под профессиональной компетентностью врача будем понимать интегральную характеристику, определяющую способность специалиста решать профессиональные проблемы и типичные профессиональные задачи, возникающие в реальных ситуациях профессиональной деятельности, с использованием знаний, профессионального и жизненного опыта, ценностей и наклонностей.

*Общие задачи:*

- Повышение качества подготовки будущих специалистов;
- Применение современных инновационных педагогических технологий;
- Сделать образование непрерывным, личностно-ориентированным, компетентностно-ориентированным, модульным, гибким и продуктивным.

Педагогическая инновация – это целенаправленное изменение в содержании и технологии обучения и воспитания, имеющее целью повышение их эффективности. Основываясь на модели элитного специалиста XXI века, прежде всего, необходимо повысить профессиональную компетентность самого преподавателя.

*Подходы к формированию профессиональной компетентности преподавателя вуза:*

- развитие членов коллектива (преподавателей) благодаря их постоянному участию в инновационной образовательной деятельности, повышение профессиональной компетентности.

- система управления кафедрой, построенная с учетом индивидуальных потребностей и возможностей каждого члена, гарантирует планомерное накопление требуемых в современных условиях профессиональных компетенций, их сбалансированное распределение в коллективе.

- создание организационно-педагогической основы устойчивого развития педагогического коллектива.

Одним из нововведений в образовании является компетентностно - ориентированное обучение в интернатуре.

По стандарту ГОСО 2003, 2005 года интерны терапевты проходят подготовку по внутренним болезням в течение 2-х семестров. На практических занятиях широко используются различные формы и методы обучения: курация больных в специализированных отделениях; дежурства в приемном покое, в отделении реанимации и интенсивной терапии; участие в клинических обходах заведующей кафедрой, освоение практических навыков в учебно – клиническом центре, симуляционных классах; компьютерный контроль в центре информационных технологий.

Выпускник после окончания медицинского вуза должен владеть определенными компетенциями, в том числе мастерством по выполнению практических навыков в интеграции с навыками коммуникации, самостоятельного обучения на протяжении всей жизни, самооценки, работы в команде.

К условиям компетентностно - ориентированного обучения относятся [1]:

- Уважение и принятие студента как самоценной личности, обладающей разнообразными потребностями,

интересами, стремящейся к достижению жизненных целей, имеющей собственную позицию и право её реализовать.

- Обеспечение личностной включенности студентов в процесс обучения: направленность на самопознание, развитие субъективного опыта, рефлексивное отношение к изучаемым предметам и явлениям, процессу обучения, самому себе, к будущей профессиональной деятельности.

- Создание атмосферы размышлений, анализа, поиска новых значимых целей, диалога разных позиций, открытости, поддержки, признания и подчеркивания достижений.

Оценка компетентности предполагает использование не столько формализованного контроля, основной целью которого является выявление объема и качества усвоенного знаний, сколько объективных методов диагностики, например таких, как наблюдение защита и оценка принятых решений, оценка результатов профессиональной деятельности.

Формами контроля профессиональной компетентности интерна терапевта являются:

- Унифицированный план практических занятий
- Карта дифференцированной оценки профессиональной компетентности интерна – терапевта по основным разделам терапии

- Портфолио интерна – терапевта

- Ранжирование практических навыков по разделам
- «Деловые игры» по неотложным состояниям с экспертной оценкой каждого этапа

- Работа в симуляционном кабинете для совершенствования коммуникативных навыков

- Презентации самостоятельной работы интернами на семинарских занятиях

- Выполнение индивидуальной научно-исследовательской работы (клуб интернистов)

С планом практических занятий преподаватель знакомит интернов в начале цикла, уже на первом занятии они получают всю необходимую информацию по организации учебного процесса. План должен быть полностью адаптирован к карте профессиональной компетентности и перечню практических навыков интерна терапевта по изучаемому разделу внутренних болезней.

Карта профессиональной компетентности состоит из 5 блоков с оценочной шкалой по Таксономии Блума.

1. Знать – на основании выходного тестового контроля
2. Предполагать - по клиническим картам курируемых пациентов

3. Диагностировать – по составлению таблиц и кластеров в соответствии с типовой учебной программой

4. Лечить – по составлению алгоритмов лечения

5. Уметь проводить (владеть) – практическими навыками, ранжированными по уровню освоения.

Портфолио (в широком смысле этого слова) - это способ фиксации, накопления и оценки индивидуальных достижений. Он относится к ряду аутентичных индивидуализированных оценок и ориентирован на процесс не только оценивания, но и самооценивания. Для интерна – терапевта портфолио - совокупность индивидуальных учебных достижений. Предлагаемая нами в рамках педагогической поддержки структура портфолио интерна – терапевта состоит из семи блоков, каждый из которых характеризует свой аспект готовности к профессиональной деятельности. Для каждого из блоков нами предложены уровни и соответственно параметры оценивания.

- 1 блок «Профессиональные знания и умения» — характеризует успеваемость интерна за период интер-

натуры, по результатам полугодовой и годовой аттестации.

•2 блок «Профессиональная мобильность» - дополнительное образование предполагает обучение в различных школах, мастер классах, языковых курсах, получение сертификатов, посещение городских семинаров и т.д.

•3 блок «Профессиональное творчество» — учитывает научно-исследовательскую деятельность интерна – терапевта участие в студенческих научных кружках получение грамот, дипломов международного, регионального, вузовского уровней, участие в олимпиадах, наличие публикаций.

•4 блок «Информационная культура» — предполагает владение современными информационными технологиями, умение разрабатывать, адаптировать и использовать в образовательном процессе обучающие программы.

•5 блок «Социальная и общественная активность» — учитывает характер и уровень общественной деятельности, участие в деятельности, клуба интернистов, занятие спортом, наличие наград и т.д.

•6 блок «Профессионально-значимые качества личности» — предполагает оценку профессиональной направленности и профессионально-значимых качеств личности, проявившихся в процессе конкретной деятельности, во время освоения практических навыков в симуляционном классе, в тренажерном зале.

•7 блок «Коммуникативные качества» предполагает умение строить взаимоотношения в студенческом коллективе, с пациентами в отделениях больницы, наличие благодарственных писем от больных, характеристика наставника, оценка коммуникабельных навыков в симуляционном классе.

Итоговый балл портфолио — суммарный балл по блокам. За объективность и достоверность сведений,

заносимых в портфолио, несет ответственность сам интерн и наставник группы.

Данный методологический подход позволяет оценить как теоретические знания, так и практические навыки выпускника, которые формируются в результате синхронного и последовательного изучения базисных и профилирующих дисциплин.

В результате использования на нашей кафедре вышеуказанной системы контроля знаний и умений отмечается положительная динамика многих важных показателей качества образовательного процесса выпускников.

*Достоинства использования данной педагогической методики:*

1. Высокая готовность выпускников к практической деятельности в профессиональной сфере, умение решать профессиональные проблемы.

2. Интенсивный рост самостоятельности, ответственности в принятии решений.

3. Повышение успеваемости интернов.

4. Унифицированная форма проведения занятий у всех преподавателей.

5. В такой ситуации студенты и преподаватели становятся сотрудниками, возникают условия для продуктивной совместной деятельности – одного из основных путей формирования компетентности.

Таким образом, преподавание клинических дисциплин включает разнообразие приемов, основным условием которых является адекватно поставленная цель, посильная для достижения.

#### **Литература:**

1. Лызь Н.А., Лызь Л.Е. Компетентностно – ориентированное обучение: опыт внедрения инноваций // Высшее образование в России. 2009. №6. С.29-36.

УДК 614.39-004.057.2

## БЕЗОПАСНОСТЬ И КАЧЕСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОБЩЕПРИЗНАННАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ НОРМА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ

Г.К. Бейсенбекова, Б.Т. Каупбаева, А.М. Бегалина

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения», Астана

### Тұжырым

#### АККРЕДИТТЕУ СТАНДАРТТАР ПРИЗМАСЫ АРҚЫЛЫ ЖАЛПЫҒА БІРДЕЙ ТАНЫЛҒАН ХАЛЫҚАРАЛЫҚ НОРМАСЫ РЕТІНДЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ҚАУІПСІЗДІК ПЕН САПА

Г.К. Бейсенбекова, Б.Т. Каупбаева, А.М. Бегалина

Мақалада қауіптер ұғымы және қауіп-менеджментін ұйымды басқару жүйесіне қосудың негізгі бағыттары суреттелген. Бұл мәселенің жаңашылдығы мен өзектілігі пациенттерге қауіпсіз және сапалы медициналық көмек көрсетуді қамтамасыз ету үшін қажетті критерий болып табылады. Денсаулық сақтауда халықаралық стандарттарды енгізудің басымды бағыттарының бірі пациенттер мен персоналдың қауіпсіздігі болып табылады, мұнда қауіп-менеджментінің сұрақтары және қауіпті басқару жүйесі басты орын алады.

### Summary

#### SAFETY AND QUALITY IN HEALTHCARE AS A WELL-ESTABLISHED INTERNATIONAL NORM THROUGH THE PRISM OF ACCREDITATION STANDARDS

G.K. Beisenbekova, B.T. Kaupbayeva, A.M. Begalina

This article describes risk conceptions and major directions of integration of risk-management system in organization management system. Newness and topicality of this issue is a necessary criterion for providing the patients with a safe and qualitative health care. One of the priority directions of international standards introduction in healthcare includes the patient and personnel safety where one of the key issues contains the risk-management and risk management system issues.

В январе 2012 года в своем ежегодном послании народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» Президент страны Н. Назарбаев подчеркнул, что одним из важных направлений повышения уровня человеческого потенциала являются повышение доступности и качества оказания медицинских услуг, продвижение здорового образа жизни. Совершенно точно подмечено им, что система здравоохранения качественно развивается и «сейчас люди выбирают те лечебные учреждения, где лучше медицинское обслуживание» [1].

А лучшее медицинское обслуживание предполагает не только техническое оснащение по последнему слову науки и техники. Развитие демократических преобразований, построение правового государства неразрывно связано с внедрением механизмов пресечения, предупреждения выполнения работ или оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

Нормы безопасности и качества потребительских товаров и услуг закреплены в числе других резолюцией N 39/248 Генеральной Ассамблеи ООН "Руководящие принципы для защиты интересов потребителей", которая была принята на 106-ом пленарном заседании в Нью-Йорке 9 апреля 1985 г.

Этим же документом было определено, что «Правительствам следует, в зависимости от конкретных условий, разрабатывать или содействовать разработке и применению на национальном и международном уровнях добровольных и иных норм безопасности и качества товаров и услуг и соответствующим образом их популяризировать. Национальные нормы и положения о безопасности и качестве товаров должны периодически пересматриваться, чтобы обеспечить их соответствие, когда это возможно, общепризнанным международным нормам» [2].

Когда в силу местных экономических условий какая-либо норма ниже общепризнанной международной нормы, должны предприниматься все возможные усилия для скорейшего повышения этой нормы».

Таким образом, одной из задач любого государства должна быть защита прав потребителей на получение

безопасных и качественных услуг, в частности в системе здравоохранения.

В Республике Казахстан правовые, экономические и социальные основы защиты прав потребителей, а также меры по обеспечению потребителей безопасными и качественными товарами (работами, услугами) определены Законом Республики Казахстан «О защите прав потребителей» от 4 мая 2010 года № 274-IV ЗРК [3].

Право на безопасность и качество товаров и услуг нашло отражение и в казахстанском уголовном законодательстве, а именно в ст. 269 УК РК предусмотрена уголовная ответственность за выполнение работ либо оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности [4].

Интерес к природе различных видов риска стал предметом профессиональной деятельности специалистов различных областей знаний и круг категорий риска, его понятийный аппарат на сегодняшний день существенно расширился. Помимо традиционных видов риска, все большее внимание уделяется таким его разновидностям, как цивилизационные, техногенные, политические и прочие риски. При этом риски изучаются применительно к различным объектам и субъектам и разным условиям: риск - индивид; риск - профессиональная группа работников; риск - популяция целой территории (население страны и группы стран).

В современном мире понятие рисков неоднозначно, для здравоохранения российскими учеными предложена следующая классификация рисков:

1. социально-политические риски;
2. риски, связанные с управлением;
3. профессиональные (медицинские) риски, связанные с гражданско-правовой ответственностью;
4. риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников;
5. прочие риски.

Конечной целью управления рисками является прогнозирование и уменьшение убытков. В здравоохранении данная цель достижима через улучшение качества медицинской помощи - "краеугольный камень в профилактике рисков". Поэтому возникает необходимость в

специальных мероприятиях для снижения риска и управления рисками в организациях здравоохранения [5].

Это актуально в связи с тем, что еще в октябре 2004 года ВОЗ создала программу обеспечения безопасности пациентов в ответ на Резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения (2002 г.), где ВОЗ и государствам-членам настоятельно рекомендуется уделять, по возможности, самое пристальное внимание проблеме безопасности пациентов. Создание этой программы свидетельствует о важности безопасности пациентов в качестве глобальной проблемы здравоохранения.

В отчете Института медицины (Institute of Medicine, IOM) впервые были обнародованы данные, которые свидетельствуют о том, что от 44 до 98 тысяч человек погибают в больницах США вследствие предотвратимых медицинских ошибок, которые стоят на 8-м месте в списке самых частых причин смерти. От них умирает больше людей, чем от рака молочной железы, СПИДа и при дорожно-транспортных происшествиях. В данном документе были учтены только признаваемые всеми неблагоприятные последствия ошибочных вмешательств, произошедших случайно или непреднамеренно [6]. Эти ошеломляющие факты вступают в противоречие с провозглашаемым в медицине этическим принципом «не навреди».

Помимо риска, связанного с ошибками, есть еще риск вредного побочного действия вмешательств (терапевтических или хирургических). Этот риск наиболее высок в отделениях интенсивной терапии и реанимации, в хирургических отделениях, родовспомогательных учреждениях. Чем более активные средства используются в лечении, тем чаще возникает такого рода вред.

Вопросы управления рисками в здравоохранении Республики Казахстан также являются актуальными в больничном менеджменте и обеспечении безопасности пациентов.

В целях создания конкурентной среды при оказании медицинских услуг и ориентации медицинских организаций на безопасность пациентов и персонала, в рамках Единой национальной системы здравоохранения, Министерством здравоохранения Республики Казахстан в 2009 году начата аккредитация медицинских организаций. Это процедура внешней оценки деятельности медицинских организаций, направленная на официальное признание государством гарантий медицинской организации на оказание качественных и безопасных медицинских услуг. Первоочередное размещение государственного заказа на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется Министерством здравоохранения Республики Казахстан в аккредитованных медицинских организациях.

Таким образом, аккредитация - это официальная форма доверия медицинской организации, как поставщику медицинских услуг, которая законодательно закреплена в статье 14 «Аккредитация в области здравоохранения» Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [7].

Аккредитация позволяет выявить и решить существующие проблемы в оказании качественной медицинской помощи, вовлекая весь персонал организации в процесс самооценки при непосредственном участии службы внутреннего аудита, что позволяет выявить как сильные, так и слабые стороны в системе больничного менеджмента, нуждающиеся в минимизации.

Проведение внешней комплексной оценки в стране проводится на соответствие национальным стандартам аккредитации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 713 от 16

ноября 2009 года «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения» [8].

Одним из критериев национальных стандартов аккредитации является внедрение системы управления рисками, как очень важного элемента системы менеджмента в медицинской организации и способа предупреждения нежелательных последствий при обращении пациента за медицинской помощью.

Так, по требованиям национальных стандартов аккредитации система управления рисками в медицинской организации должна иметь следующую структуру:

1. документированные процессы (механизмы) предупреждения заражения пациентов и персонала больницы инфекциями (СПИД, ВИЧ, вирусные гепатиты и др.);

2. документированные процессы расследования и принятия мер в случае регистрации нарушений или ошибок в процессе лечения;

3. документированные процессы регистрации инцидентов;

4. образовательные программы (семинары, лекции и др.);

Поэтому при проведении самооценки и внешней комплексной оценки экспертами оценивалось выполнение требования данного критерия в рамках профилактики инфицирования пациентов и персонала гематогенным путем. В медицинских организациях формировался пакет документов подтверждающих выполнение данного критерия, что доказывалось интервьюированием пациентов и персонала, предоставлением документов и наблюдением.

Также вопросы минимизации рисков рассматриваются в разделе национальных стандартов аккредитации «Инфекционный контроль и безопасность пациентов и персонала». По требованиям стандарта, персонал, имеющий профессиональный риск, должен иметь специальные защитные средства, строго соблюдать процедуру обеспечения безопасности. Среди сотрудников, имеющих профессиональный риск, отнесены сотрудники лаборатории, операционного блока, манипуляционных процедурных и рентгеновских кабинетов, инфекционных отделений и другие, имеющие риски, связанные с профессиональной деятельностью.

В рамках партнерского взаимодействия с консалтинговой компанией в Республике Казахстан осуществляется процесс совершенствования системы аккредитации, в том числе и обновление стандартов аккредитации в соответствии с требованиями Международного общества по качеству в здравоохранении (ISQua) [9].

Совершенствование стандартов аккредитации медицинских организаций в Казахстане расширило горизонты понимания рисков в процессе оказания медицинских услуг. Обновленные стандарты аккредитации медицинских организаций теперь можно охарактеризовать как имеющие большую направленность на безопасность не только пациента, но и персонала, обеспечение качества медицинских услуг через совершенствование системы риск - менеджмента в организации.

Так, в соответствии с требованиями стандарта «Управление рисками и повышение качества» медицинская организация должна обучать своих сотрудников приемам снижения рисков, путем:

а) обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, потенциально содержащих возможность возникновения рисков;

б) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;

в) предотвращения или контроля случаев инфицирования;

г) безопасного использования оборудования и материалов;

д) безопасного метода перевозки людей и транспортирования грузов.

С этой целью разрабатывается план управления рисками, основанный на стратегическом плане, анализе результатов клинических показателей, отзывов пациентов, укомплектованности персоналом и уровнем оснащенности ресурсами. Медицинская организация должна определить и расположить по приоритетам все вероятные риски, разработать стратегию по управлению такими рисками с прогнозом последствий нанесенного физического и материального вреда здоровью.

План управления риском может включать такие элементы, как политика, критерии для оценки риска, обязанности и функции управления риском, необходимую подготовку кадров, список идентифицированных рисков: стратегических, эксплуатационных, финансовых и рисков опасности - реестр рисков или подобный документ с анализом рисков и их уровня, выводы касательно планов работы с рисками или мер по контролю основных рисков, включая процессы по передаче информации заинтересованным сторонам.

Управление рисками в медицинской организации должен носить характер опережающего мышления. Для этого, в первую очередь важно наладить эффективное взаимодействие внутри организации и четко распределить ответственность и полномочия, необходимые для принятия управленческих решений.

В целом, медицинская организация должна минимизировать такие риски, как риск возникновения пожара, профессиональные риски персонала, риски лечения и использования оборудования, риск падения и инфицирования пациентов, риски работы с опасными отходами [10].

Руководителям и менеджерам медицинских организаций очень важно определить оптимальный баланс между ответственностью за риск и способностью контролировать этот риск. Решения, которые будут прини-

маться в процессе управления рисками, должны находиться в рамках законодательных требований и отвечать корпоративным целям.

#### Литература:

1. Назарбаев Н. Ежегодное послание народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана», январь 2012 года.

2. Руководящие принципы для защиты интересов потребителей. Приняты Резолюцией N 39/248 на 106-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН. Нью-Йорк, 9 апреля 1985 г.

3. Закон Республики Казахстан «О защите прав потребителей» от 4 мая 2010 года № 274-IV ЗРК

4. Кодекс Республики Казахстан от 16.07.1997 N 167-І "Уголовный кодекс Республики Казахстан".

5. В.З. Кучеренко. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению, Москва- 2010 год.- С. 337-349 .

6. To Err is Human: Building A Safer Health System. Washington, DC: IOM, 1999. Available at <http://www.iom.edu/view.asp>.

7. Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009 г. «О здоровье народа и системе здравоохранения», стр.194.

8. Приказ Министра здравоохранения РК «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения» № 713 от 16 ноября 2009 год.

9. Контракт «Партнерское взаимодействие по совершенствованию системы аккредитации» между Министерством здравоохранения Республики Казахстан и консалтинговой компанией «Canadian Society for International health» (Канада) № KHSTTIRP-B1/CS-01 от 20 июля 2010 г. С.22-30.

10. Дональдсон Б. Консалтинговая компания «Canadian Society for international health» (Канада). «Обновленные стандарты (Стационарные и амбулаторные услуги) в соответствии с международными стандартами». Отчет В-6. 52с.

УДК 614.2:616.15-036.88

## ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕГИСТРАЦИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

С.В. Ким, Л.Ж. Камзебаева, К.Н. Анасова, О.Б. Гаряга

Институт общественного здравоохранения АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана  
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №1», г. Астана

#### Тұжырым

ҚАН АЙНАЛУ ЖҮЙЕСІНІҢ ТАРАЛҒАН АУРУЛАРЫНАН БОЛҒАН АУРУХАНАДАН  
ТҮС ӨЛІМНІҢ ТІРКЕУ ҰЙЫМДАСТЫРУ-ӘДІСТЕМЕЛІК АСПЕКТІЛЕРІ

С.В. Ким, Л.Ж. Қамзебаева, К.Н. Анасова, О.Б. Гаряга

Мақалада қан айналу жүйесінің таралған ауруларынан қалалық емхана жағдайында тұрғындар өлімінің деңгейін талдау нәтижелері берілген. Астанада медициналық көмектің жоқтығынан 80% астам тұрғындар қан тамыр патологиясынан өледі. Өлгеннен кейінгі диагноздарды дәл қою мәселелері және оларды шешу жолдары белгіленген.

#### Summary

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF CARDIOVASCULAR MORTALITY RATE REGISTRATION  
S.V. Kim, L.Zh. Kamzabayeva, K.N. Annassova, O.B. Garyaga

This article describes the results of the study on cardiovascular mortality rate in primary care. More than 80% of the population dies from cardiovascular disease in the lack of medical care. The problems an accurate statement of cardiovascular mortality rate registration and solutions are given.

Проблема точности и сопоставимости регистрации причин смерти актуальна во всех экономически развитых странах. Особенности регистрации причин смерти сильно зависят от качества диагностики, организации процесса регистрации и кодирования причин смерти, взглядов различных медицинских школ, привычек и приоритетов практикующих врачей [1-3].

У статистики причин смерти в Казахстане относительно не долгая история. Первая советская классификация причин смерти, разработанная в 1922 г. и официально принятая в 1924 г. [4], была довольно близка к Международной классификации болезней и причин смерти 1920 года. До 1958 г. регистрация причин смерти была, тем не менее, неполной. В основном, это объяснялось тем, что только врачи имели право заполнять свидетельство о смерти [5]. Поскольку во многих районах, особенно в сельской местности, врачей было мало, то система регистрации причин смерти функционировала только в городах и охватывала, таким образом, не более половины советского населения. Ситуация начала меняться, после 1958 г., когда Министерство здравоохранения и Центральное статистическое управление приняли решение уполномочить средних медицинских работников - фельдшеров заполнять свидетельство о смерти при отсутствии врача. В 1959 г. примерно 15 % медицинских свидетельств о смерти в сельской местности было выдано фельдшерами. В дальнейшем эта доля постепенно сокращалась и достигла 5-6% к середине 80-х годов.

В советский период качеству регистрации причин смерти были посвящены три специальных исследования. Они проводились примерно по одной и той же схеме. В районах проведения обследования собирались свидетельства о смерти. Квалифицированные врачи проверяли затем качество постановки диагноза и его кодирования: с одной стороны, основная причина смерти, записанная в медицинском свидетельстве о смерти, сравнивалась с действительным диагнозом, который определялся, исходя из медицинских документов и отчета о результатах патологоанатомического исследования, с другой стороны, - с рубрикой, к которой был отнесен данный случай смерти после кодирования.

По результатам этих исследований было выявлено, что доля ошибок диагностики для всей совокупности причин смерти варьировала от 6,6 % (Минск, 1981-1982 г.) до 12,7 % (Россия, 1979 г.), а процент ошибок кодирования от 4,1 % (Минск, 1981-1982 г.) до 17,7 % (Тула и др., 1960 г.). Для большинства причин смерти доля ошибок в кодировании выше, чем в медицинской диагностике. Относительное количество ошибок меньше для новообразований и насильственных причин смерти и гораздо больше для гипертонической болезни, нарушений мозгового кровообращения, ишемической болезни сердца, болезней органов дыхания и болезней органов пищеварения [7].

Сложившаяся на постсоветском пространстве практика постановки прижизненных и посмертных диагнозов распространенных болезней системы кровообращения (БСК) позволяет предположить, что учет смертности от них в странах СНГ и экономически развитых странах существенно отличаются. Диагноз БСК фактически является огромным и удобным «диагностическим коллектором», куда помещаются диагнозы пожилых людей и неясные диагнозы у людей среднего возраста и даже у молодых. Особенно часто эти диагнозы используются как «диагнозы-маски» для лиц,

умерших от острой или хронической алкогольной интоксикации, от передозировки наркотиков. Возможности «такой диагностики» весьма велики, учитывая, что в стране вскрывается не более 50% трупов умерших людей (из них около половины – в системе судебно-медицинской службы). Изменить ситуацию с постановкой диагнозов БСК крайне трудно и, в первую очередь, потому, что такой подход устраивает всех: родственников умершего, врачей и работников органов внутренних дел, оформляющих документы о смерти. Очевидно, что в нашей стране имеет место искусственное, за счет упрощенных подходов к диагностике и некорректных статистических подходов, завышение смертности от БСК.

Двух-, трехкратные значения смертности от БСК в Казахстане по сравнению с развитыми европейскими странами, возможно, свидетельствуют о разных организационно-методических аспектах регистрации смертности от БСК в Казахстане и Европейском регионе. Наиболее вероятной видится причина менее строгого соблюдения правил регистрации смертности от ИБС в Казахстане по сравнению с европейскими критериями.

При постановке посмертных диагнозов ИБС, согласно критериям ВОЗ и принятым в экономически развитых странах диагностическим подходам, показатели смертности от этих заболеваний были бы значительно ниже тех, которые традиционно констатируют в РК.

Непосредственная причина смерти для посмертной диагностики ИБС, устанавливаемая по критериям ВОЗ, предусматривает все следующие случаи.

1. Для случаев смерти, подвергшихся вскрытию, диагноз смерти от ИБС устанавливался при наличии любых перечисленных ниже условий:

а) свежие очаги некроза в миокарде или скрытая окклюзия коронарной артерии (свежий тромбоз, кровоизлияние в атеросклеротическую бляшку);

б) стеноз 50% хотя бы одной из коронарных артерий или постинфарктные рубцы не менее 0,5 см в диаметре при отсутствии других причин смерти;

в) смерть, произошедшая после приступа стенокардии или без него, при отсутствии морфологических изменений в миокарде и отсутствии других причин смерти.

Если случаи смерти укладывались в одну из перечисленных выше категорий, однако на вскрытии выявлено наличие 3,6% алкоголя в крови, то причиной смерти в данном случае считалось алкогольное отравление.

2. Для случаев смерти, не подвергшихся вскрытию, диагноз смерти от ИБС устанавливался при наличии любых перечисленных ниже условий:

а) смерть, произошедшая в больнице, от определенного или возможного инфаркта миокарда (ИМ); при наличии возможного ИМ исключались другие причины смерти;

б) смерть, произошедшая в больнице, после приступа стенокардии или без него, при условии наличия в прошлом стенокардии, возможного или определенного ИМ и других форм ИБС и отсутствии других заболеваний, которые могли привести к смерти;

в) смерть, произошедшая в больнице или вне больницы, в течение 6 часов после приступа стенокардии или без него, при отсутствии стенокардии, ИМ, а также других заболеваний и травм, которые могли бы привести к смерти [8].

Последняя причина очень удобна, т.к. в нее подпадают все нескрытые случаи даже без приступа стенокардии и отсутствия других заболеваний и травм, которые могли бы привести к смерти.

Для изучения данного факта, нами методом сплошной выборки, были изучены формы 025/у и корешки врачебных свидетельств о смерти всех умер-

ших от БСК в 2010 году, прикрепленных к поликлинике №1 г. Астана.

Из 149 умерших на участке 92 страдали БСК (62%), среди них: мужчин 30, женщин 62. Средний возраст умерших от БСК составил 76 ( $\pm 2,05$ ) лет.

В структуре умерших от БСК 58 (63%) страдали ИБС, 25 (27%) – церебро-вазкулярными болезнями (ЦВБ), 9 (10%) – другими БСК (таблица 1).

**Таблица 1. - Сведения об умерших от БСК в разрезе нозологий.**

Основные сведения	ИБС		ЦВБ		другие БСК	
	абс	%	абс	%	абс	%
количество умерших	58	63	25	27	9	10
доля вскрытий	7	12	10	40	7	78

86% смертей наступило дома, в 5% случаев в присутствии бригады скорой помощи. Вскрытие умерших проводилось в 24 случаях: 13 - умершие в медицинских учреждениях (100%), 11 - умершие на дому (14%).

Только в 7 случаях (12%) диагноз ИБС был выставлен в соответствии с критериями ВОЗ, в остальных случаях диагноз выставлялся формально на основании анамнеза заболевания.

Очевидно, что ряд заболеваний, приведших к смерти, на самом деле не относится к ИБС, но причина смерти фиксируется от ИБС. Сбор доказательств смерти от других причин требует определенных усилий, чего не особенно требуется для ИБС, т.к. априори у всех взрослых людей имеются атеросклеротические изменения стенки сосудов.

Организация поликлинической работы менее жестко регламентирована по сравнению с госпитальной деятельностью, и поэтому, вероятнее всего, является одним из условий неточного и нечеткого исполнения правил регистрации смертности от ИБС в Казахстане.

Фиксация факта менее строгого соблюдения правил регистрации смерти от ИБС – самой распространенной причины смерти из БСК в Казахстане и изучение масштабов этого явления позволяет с одной стороны разработать рекомендации по неукоснительному соблюдению правил, а с другой сделать поправку на степень систематической статистической погрешности и сделать данные Казахстана более сравнимыми с данными европейского региона. Приблизительный масштаб неточной постановки диагноза распространенных БСК и ИБС в частности, по нашим оценкам, может составлять не менее 20-30%.

Однако практически выбран иной путь. В качестве причины смерти выставляется диагноз R54 «Старость» людям в возрасте 75 лет и старше на основании того, что возраст от 75 до 89 считается старческим по классификации ВОЗ (Киив, 1963) [9]. Ранее эта категория людей классифицировалась как группа с неточно поставленным диагнозом ИБС.

Между тем, согласно правилам постановки смертных диагнозов по Международной классификации болезней и причин смерти X пересмотра, в разделе 4.1.9. «Правила модификации» первое же правило А «Старость и другие неточно обозначенные состояния» обязывает искать другую причину смерти, если указана «Старость» [10].

Нам представляется, что целесообразнее усовершенствовать правила постановки диагнозов ИБС в амбулаторных условиях введением обязательных

функциональных и биохимических доказательств ИБС в дополнение к клиническим. Это методически более правильно, чем использовать для причин смерти КЛАСС XVIII или R группу «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». Эта группа широко используется в странах с очень низким уровнем здравоохранения.

#### **Литература:**

1. Вайсман Д.А., Дубровина Е.В., А.Н. Редько. Информационное обеспечение исследований по проблемам смертности в России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2006. - № 6. С. 31-38.
2. Погорелова Э.И. Об ошибках при заполнении медицинского свидетельства о смерти // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. №1. - С. 43-47.
3. Секриеру Е.М., Погорелова Э.И., Вайсман Д.А., Никитин С.В., Хромушин В.А. Повышение достоверности кодирования внешних причин смерти // Вестник НМТ (г. Тула). 2006. №12,- С. 147-148.
4. Садовасова Е.А., – Лекция X. Статистика здорового населения, – Москва, - Медгиз. - 1956.-с. 83-93.
5. Быстрова В.А.,– Степень точности врачебной регистрации причин смерти. Методологические вопросы медицинской и санитарной статистики, Москва. - Наука. 1965. - с.60-80.
6. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения //Общественное здоровье и профилактика заболеваний 2004. № 2. - с. 11-19.
7. Харченко В.И., Какорина Е.П., Корякин М.В и др. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗ и СР России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме // Российский кардиологический журнал - №2, 2005.
8. Чазов Е.И., Бойцов С.А.. Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране // Кардиологический вестник - №1, 2009.
9. Резолюция симпозиума // Механизмы старения. – К., 1963. – С. 489-493.
10. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр. Т.2.



УДК 614.2

**РОЛЬ ВРАЧА ВО ВЗАИМОТНОШЕНИИ С ПАЦИЕНТАМИ****С.Б. Имангазинов, О.Г. Таштемирова, К.К. Таштемиров, А.К. Ситказинов****Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей,  
ГКПП «Областная больница им. Г. Султанова», г. Павлодар****Тұжырым****ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ПАЦИЕНТТӨРМӨН ӨЗАРА КАТЫНАСТАҒЫ РӨЛІ****С.Б. Имангазинов, О.Г. Таштемирова, К.К. Таштемиров, А.К. Ситказинов**

Негіз болған принциптерінің орындауына арналған сапа жетуінде денсаулық қорғау реформаларды және көрсетілетін дәрігерлік нәтижеліліктің көмегі, дәрігерлердің бірлікпен пациенттерді қамтамасыз ету және қажетті. Бұл теорияларды негізгі тәжірибесін жүзеге асыруда «Денсаулық мектебін» жасау көмектесіп жатыр.

**Summary****THE ROLE OF A DOCTOR IN THE RELATIONSHIPS WITH PATIENTS****S.B. Imangasinov, O.G. Tashtemirova, K.K. Tashtemirov, A.K. Sitkazinov**

In order to implement the basic principles of a healthcare reform to achieve quality and efficiency of medical care provided to patients is necessary to ensure the unity of the doctor and the patient. These theoretical principles could be realized by the creation of «Schools of Health».

В современных условиях рыночных отношений в Казахстане здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. В Послании 2010 года Президент поставил конкретные задачи на ближайшее десятилетие. В том числе Нурсултан Абишевич указал, что «Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье - вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения» [1].

В последние годы все очевиднее становится тот факт, что достижения современной медицины могут остаться нереализованными на практике, если между врачом и пациентом не будет сформировано партнерских отношений и истинного сотрудничества [2]. В конечном счете, только сам больной выбирает, что и как ему предпринимать: следовать ли только рекомендациям врача по приему лекарств, изменить ли свое питание в сторону оздоровления, повысить ли физическую активность, отказаться ли от вредных для здоровья привычек и прочее [3]. В этом обоюдном процессе роль врача и пациента неразделима. Только партнерский союз врача и пациента даст позитивный результат и обеспечит приверженность пациентов к лечению, что приведет к улучшению прогноза заболевания и продлению трудоспособной жизни пациентов. Одним из путей формирования партнерства "врач-пациент" является обучение пациентов, в частности в малых группах.

Обучение пациентов включает различные информационные технологии и предполагает участие различных секторов общества, а не только работников здравоохранения [4]. Вместе с тем совершенно очевидно, что наиболее авторитетным источником медицинской информации для больных людей является именно врач. Вот почему перед сектором здравоохранения стоит задача внедрения обучающих технологий в реальную практику, особенно в деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений.

При формировании обучающих технологий важно понимать, зачем и чему нужно обучать пациентов, так как информированное согласие и участие пациента и в лечебном, и в профилактическом процессе является основой успешного контроля здоровья и болезни.

Население и больные люди получают информацию о здоровье из различных источников (СМИ, наглядная

реклама, медицинская и популярная литература, медицинские работники, друзья, коллеги, родственники и др.). Однако наиболее авторитетным источником информации о здоровье для большинства людей, тем не менее, являются именно медицинские работники. Вот почему важно, чтобы врач или медицинская сестра, дающие совет пациенту, были сами не только хорошо информированы о содержании совета, но и владели формой подачи информации, четко зная цель, которую они должны достичь в результате обучения.

Вместе с тем, необходимо понимать, что пациенты - это взрослые люди со своими сформировавшимися жизненными принципами и привычками, которые стали образом их жизни, и любое вмешательство в этот образ жизни вызывает естественную в такой ситуации реакцию неприятия, по крайней мере, на первых порах. Поэтому неправильно данный совет или недостаточно обоснованная необходимость перемен, скорее всего пациентом не будут восприняты или выполнены. Именно по этой причине пациенты при анонимном опросе о причинах невыполнения ими рекомендаций врача (в частности, по отказу от вредных привычек или по их изменению) отвечают, что советы врача неубедительны.

Информирование пациента, профилактическое консультирование, повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья является основой современных подходов к профилактике заболеваний и обеспечению ее качества в условиях реальной практики [5].

Одной из перспективных форм профилактического консультирования является так называемое групповое профилактическое консультирование или школа для пациентов. Цель консультирования (совета врача) - дать соответствующие знания, обучить необходимым навыкам и умениям, сформировать мотивацию к изменениям нездоровых привычек и поддержать стремление пациента к оздоровлению и выполнению рекомендаций и назначений врача [6,7].

В каждом конкретном случае необходимо определить индивидуальные психологические, поведенческие особенности пациента, его готовность выполнить совет врача. Такие методики разрабатываются специалистами по медицинской психологии и могут быть предложены для широкого использования. Вместе с тем, каждый врач должен знать, что для эффективного обучения пациентов помимо клинических знаний необходим ряд дополнительных профессиональных знаний и умений:

- знание основ коммуникационного процесса (процесс эффективного общения), владение техникой обратной связи;

- знание и учет психологических принципов формирования поведения (привычек) и их изменений;

- владение активными формами обучения для повышения его эффективности.

Успешному профилактическому консультированию способствует доверительная атмосфера общения врача и пациента, взаимопонимание и чувство сопереживания, а также эффективная обратная связь (умение слушать, обсуждать, четко разъяснять цели обучения и пр.). Советы воспринимаются лучше и действуют более убедительно, если они проводятся с акцентом на положительные ассоциации, не содержат трудновыполнимых рекомендаций и не воспринимаются пациентами как что-то для них неестественное, требующее усилий и дополнительных средств. Желательно сопровождать советы выдачей письменных рекомендаций, памяток, брошюр, рецептов рекомендуемых блюд, наглядных, хорошо иллюстрированных таблиц, схем и т.д.

Профилактическое консультирование - сложный процесс, во многом зависящий от личности самого врача, а порой и от его настроения, самочувствия и других факторов. Именно эта область медицины граничит с искусством. Основой процесса формирования мотивации к оздоровлению поведения является понимание пользы и важности тех или иных профилактических мер ("за" и "против", "усилия" и "польза") для конкретного индивидуума или группы пациентов.

Как правило, все превентивные меры для пациентов сопряжены с теми или иными ограничениями или усилиями (например, контролировать энергетический состав пищи или бросить курить и др.). В основе формирования мотивации лежит потребность как основной мотив к изменениям. С этих позиций меры превентивного характера (советы врача) воспринимаются пациентом как неосознанная потребность и потому часто не выполняются. Даже если врач твердо уверен в необходимости оздоровительных действий со стороны пациента (например, бросить курить), то пациент должен сам осознать и ощутить потребность сделать этот шаг.

Процесс изменения поведения любого человека сложный и не всегда поступательный. Особые сложности возникают, когда встает вопрос о необходимости "искусственно" изменить жизненные привычки и поведение, которые практически всегда не ощущаются пациентом как дискомфорт или неудобство.

Мировой опыт развития методологии информационной деятельности в здравоохранении, целью которой является влияние на процесс изменения поведения в отношении здоровья, позволил выработать концепцию, позволяющую более эффективно проводить работу по профилактическому консультированию [3], которая заключается в следующем: если понимать мироощущение людей, их ценности и потребности, то можно создавать эффективные не только информационные, но и мотивационные программы.

Обеспечить реализацию этих теоретических основ на практике в полной мере позволяет такая форма обучения пациентов, как школы. Именно школы для пациентов могут использовать не только информационные, но и мотивационные технологии обучения, реализовывать психологические подходы к формированию мотивации, обеспечивать так необходимую многим больным социальную поддержку.

Школа здоровья - это медицинская профилактическая технология, основанная на совокупности индиви-

дуального и группового воздействия на пациентов и направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению того или иного заболевания, повышение приверженности пациентов к лечению для профилактики осложнений заболевания, улучшения прогноза и повышения качества жизни [4].

Традиционно используются термины "Школа артериальной гипертонии", "Школа диабета", "Школа бронхиальной астмы" и т.д. Возможно, из желания упростить наименование, сделать его броским и призывным, в перечисленных наименованиях искажен смысл самой идеи обучения - Школа здоровья учит не болезни, а тому, как сохранить здоровье, уменьшить проявления болезни и снизить риск осложнений. В связи с этим правильнее использовать термин "Школа здоровья для пациентов с той или иной патологией".

Развитие школ для пациентов позволяет реализовать один из основополагающих принципов реформирования здравоохранения - обеспечение единства врача и пациента в достижении качества и медицинской эффективности оказываемой пациентам помощи.

Школа - это новые информационно-мотивационные технологии, и они должны способствовать повышению приверженности пациентов к лечению, сформировать у них мотивацию к сохранению своего здоровья и повысить ответственность пациента за здоровье как своей личной собственности. При достижении этих целей школы обеспечивают качество профилактической помощи населению, что содействует реализации профилактической направленности деятельности службы здравоохранения и является основополагающим принципом ее реформирования.

Для организации Школы здоровья в медицинском учреждении необходимо:

- наличие квалифицированного персонала в соответствии с требованиями по выполнению сложных и комплексных медицинских услуг;

- наличие в учреждении лицензии на образовательную деятельность по обучению пациентов;

- обеспечение условий для эффективного функционирования школы (помещение, методические и обучающие материалы и пр.).

Факторы, влияющие на результативность и эффективность школ здоровья, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Их можно разделить на несколько групп:

- отношения между медицинскими работниками и пациентами (взаимопонимание и сопереживание, умение убедить и объяснить и т.п.);

- профессиональная компетентность медицинских работников (знание основ понятий риска, уровней факторов риска, разумная повседневная интеграция лечения и долгосрочных мер по профилактике осложнений и улучшению прогноза);

- организация профилактической работы в целом, которая определяет ее качество (обсуждение с пациентами проблем здоровья, а не только болезни, простота и доступность рекомендаций и их реалистичность для конкретных пациентов, наличие письменных инструкций и памяток, дневника пациента, формы и методы обучения, помещение, обстановка и оснащение помещения, где проводится обучение, и прочее).

Таким образом, для реализации основополагающих принципов реформирования здравоохранения в достижении качества и медицинской эффективности оказываемой пациентам помощи необходимо обеспечение единства врача и пациента. Существенно изменить

установки пациентов и отношение к здоровью: улучшить мотивацию больных на выполнение профилактических рекомендаций, снизить число больных, считающих действия медицинского персонала неэффективными, так что бы экономический фактор перестал считаться главным препятствием для выполнения рекомендаций врача по оздоровлению. В осуществлении этих теоретических основ на практике поможет создание «Школ здоровья».

#### Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Салауатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
2. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2002.- № 1.- С. 5-10.
3. Информационная деятельность в области укрепления здоровья: Руководство для медицинских работников.- М., 1996.- 68 с. 6

4. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний (основные термины и понятия) / Под ред. акад. РАМН Р.Г. Оганова и чл.-корр. РАМН А.И. Вялкова.- М., 2001.

5. Куделькина Н.А., Дума С.Н. Информированность практических врачей поликлинического звена в области профилактики хронических неинфекционных заболеваний и общих для них факторов риска // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- 1999.- № 4.- С. 15-21.

6. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. и др. Организация Школ Здоровья в первичном звене здравоохранения. Организационно-методическое письмо Минздрава РФ. М., 2002.- 30 с.

7. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Сырцова Л.Е. и др. Организация и координация работы по профилактике заболеваний и укреплению здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи (организационно-функциональная модель) // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- 2002.- № 3.- С. 3-8.

УДК 613.98-056.24

### ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА ЖИТЕЛЯМИ КГУ «МСУ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ ОБЩЕГО ТИПА» Г. СЕМЕЙ

Р.М. Жумамбаева<sup>1</sup>, Д.К. Кожаметова<sup>1</sup>, Е.В. Есикова<sup>2</sup>,  
Н.А. Балашкевич<sup>1</sup>, Е.М. Жумамбаев<sup>3</sup>, С.Б. Кайдарова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней,

<sup>2</sup>КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа г. Семей»,

<sup>3</sup>Государственный медицинский университет города Семей, 207 группа ОМФ

#### Тұжырым

#### МЕМЛЕКЕТТІК ӨЗІНДІК МЕКЕМЕСІНДЕ ТҰРҒЫНДАРДЫ ҚАРАУ ЖОСПАРНАМАСЫ «ҚАРТ ЖӘНЕ МҮГЕДЕКТЕРДІҢ ЖАЛПЫ ТҮРІНЕ МЕДИЦИНА САНИТАРЛЫҚ МЕКЕМЕ»

Р.М. Жумамбаева, Д.К. Кожаметова, Е.В. Есикова, Н.А. Балашкевич, Е.М. Жумамбаев, С.Б. Кайдарова

Демографиялық орта құрлымының өзгеруіне байланысты, мекемеге ҚР денсаулық сақтауда медбике ісін кіргізу өзектілігі болып табылады. МӨМ тұрғындарын зерттеу мақсатымен оларды қарауға дайындау жолы «Қарт адамдарға және мүгедектердің жалпы түріне МСМ» мекемедегі тұрғындардың толықтай зерттеу қортындыларын Семей қаласының бұл проектінің медбикелік іс мектебінде ғылыми практика жұмыс ретінде қолданады.

#### Summary

#### ORGANIZATION OF CARE FOR THE PEOPLE AT MGA "MSU FOR ELDERLY AND GENERAL TYPE WITH DISABLED" SEMEY SITI

R.M. Zhumambayeva, D.K. Kozhahmetova, E.V. Yesikova, N.A. Balashkevich, E.M. Zhumambayev, S.B. Kaidarova

In connection with the sudden changes in the demographic structure of the society, it will be actual to implement the nursing process in different health institutions of the Republic of Kazakhstan. The main purpose of this research was a creation of ways for optimization of care model for residents of "Health care establishment for elderly and disabled persons of general type" of the Semey city on the basis of the complex examination results. The project has been carried out through the work of the scientific and practical Nursing School.

**Актуальность.** Пожилые люди - это те, кому за шестьдесят, в кого мы превратимся через тридцать, двадцать или десять лет, это наши бабушки, дедушки, мамы, папы, дяди и тети. Пожилые люди - это те, у кого сложилось ясное ощущение, что силы с каждым днем уменьшаются, а немощи умножаются, и что процесс этот необратим: к ним пришли болезни, слабость, бедность, зависимость, одиночество, утраты; их забыли и развенчали, от них отвернулись, их списали, вычеркнули, к ним потеряли интерес. А они, тем временем, часто

ощущают себя теми мальчиками и девочками, какими они были давным-давно; постоите, думают они, ведь только вчера мы ходили в школу, влюблялись, учились, мечтали, строили планы на будущее, да мало ли что мы делали только что... и думали, как много у нас всего впереди!

Возросший за последние годы интерес к медицинским и социальным факторам старения обусловлен резкими изменениями в демографической структуре общества.

Учитывая ограниченность ресурсов здравоохранения, вопросы оптимизации организации медико-социальной помощи лицам в возрасте 60 лет и старше приобретает приоритетное значение [1,2,3]. При этом, огромная роль в лечебном процессе отводится медицинской сестре. Выполнение назначений врача, уход за тяжелобольными, проведение многих, иногда довольно сложных, манипуляций - все это является прямой обязанностью среднего медицинского персонала. Медицинская сестра должна стремиться быть профессионально грамотным, компетентным, независимым специалистом, обладающим необходимыми для данной работы личностными характеристиками. В этой связи особенно актуальным является необходимость внедрения в учреждения здравоохранения РК сестринского процесса - метода научно-обоснованных и осуществляемых на практике действий медицинской сестры по оказанию помощи пациентам [4,5]. Основной целью сестринского процесса является обеспечение приемлемого качества жизни больных людей путем обеспечения максимального доступного для пациента физического, психосоциального и духовного комфорта с учетом его культуры и духовных ценностей. Однако на сегодняшний день в РК этот вопрос остается открытым. Как известно, в настоящее время сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела и включает в себя 5 этапов: 1-й этап - сестринское обследование, 2-й этап - сестринская диагностика, 3-й этап - планирование мероприятий ухода, 4-й этап - реализация плана ухода, 5-й этап - оценка эффективности мер ухода [5,6].

Несмотря на значимость каждого из перечисленных разделов, на наш взгляд на 1-ом этапе сестринского процесса большое значение имеет также оценка активности жизнедеятельности, которая позволит более конкретно определить потребности пациента в уходе. В настоящее время в литературе существует множество методов оценки активности жизнедеятельности, но наиболее оптимальной представляется 15-тибалльная шкала Бартели.

Являясь простой и доступной, шкала Бартели позволяет количественно оценить степень активности жизнедеятельности пациентов в динамике - до реализации мер ухода, на промежуточных этапах при реализации краткосрочных целей и по завершении запланированных мероприятий. Шкала может служить критерием эффективности ухода на 5-м этапе сестринского процесса. Немаловажной на этом этапе является также так называемая самооценка - мнение самого пациента о качестве и эффективности ухода.

**Цель исследования:** разработать пути оптимизации модели ухода за жителями КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей на основе результатов комплексного обследования жителей учреждения.

**Материалы и методы:** Для достижения поставленной цели методом случайной выборки отобрано 20 жителей КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей. Реализация проекта проводилась на основе общепринятого деления сестринского процесса в пять этапов.

На 1-ом этапе проведено клинико-лабораторное обследование отобранной группы лиц в условиях медико-реабилитационного отделения учреждения с помощью карты обследования. Параллельно проведена оценка активности жизнедеятельности пациентов по 15-ти балльной шкале Бартели.

На втором этапе работы (формулирование сестринского диагноза) были определены приоритетные проблемы пациентов.

На третьем этапе на основе собранной ранее информации были составлены индивидуальные карты ухода за пациентами с постановкой кратковременных и долгосрочных целей и определены критерии мониторинга достижения целей ухода.

Четвертый этап работы - собственно реализация мер ухода. Этот этап работы проводился совместно с посетителями Школы сестринского ухода, студентами 1, 2 курсов факультета «Сестринское дело» под руководством наставников - сотрудников кафедры пропедевтики внутренних болезней согласно утвержденному графику.

Пятый этап сестринского процесса предполагает оценку эффективности проведенных мероприятий ухода. В рамках этого этапа через 2 недели от начала реализации индивидуальных программ ухода нами была повторно проведена оценка активности жизнедеятельности пациентов по шкале Бартели и анкетирование на предмет удовлетворенности пациентов качеством ухода.

**Результаты.** В результате проведенных исследований на 1-ом этапе выявлено, что в большинстве случаев (60%) пациенты ограничены в движении, из них лишь 25% могли передвигаться без посторонней помощи на расстояние 500 метров, а остальные при передвижении на это же расстояние нуждались в посторонней помощи. 40% обследованных нуждались в помощи мед.персонала при вставании с постели и 85% - при подъеме по лестнице. 5% требовалась помощь при посещении туалета и 5% больных нуждались в помощи при одевании (рис 1).



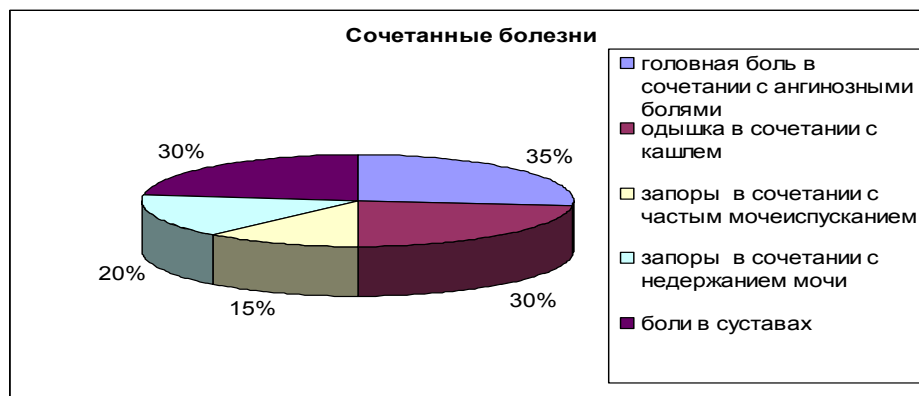
Рисунок 1 – Результаты анкетирования жителей КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» по Бартели

Нарушениями тазовых функций, требующими периодического проведения клизм, катетеризации и постановки свечей, нуждались 50% опрошенных. В помощи при приеме пищи нуждались 15% респондентов.

На основании проведенных обследований выставлялся сестринский диагноз, определялись приоритетные проблемы пациента и направление сестринского ухода.

При анализе данных 2-го этапа нами было выявлено, что наряду с перечисленными ограничениями ак-

тивности жизнедеятельности в большинстве случаев (87%) пациенты имели сочетанные проблемы – например, головная боль, связанная с повышенным артериальным давлением в сочетании с ангинозными болями у 35% больных, одышка в сочетании с кашлем у 30%, запоры у 50% пациентов сочетались с частым мочеиспусканием у 15% и недержанием мочи у 20% опрошенных (рис 2).



Рисунки 2 – Частота сочетанных сестринских диагнозов у жителей КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей

На основании сформулированных сестринских диагнозов проведено планирование объема сестринских вмешательств, что явилось 3-м этапом сестринского процесса: исходя из потребностей пациента выделялись приоритетные задачи и разрабатывалась стратегия достижения поставленных целей, обозначались сроки достижения целей (краткосрочные и долгосрочные цели).

На 4-м этапе сестринского вмешательства проводилась реализация плана ухода. Известно, что существует три системы помощи пациенту: полностью компенсирующая, частично-компенсирующая и консультативная (поддерживающая). Нами использованы последние две системы.

При оценке эффективности мер ухода на 5-ом этапе было выявлено, что в результате проведенных мероприятий краткосрочные цели достигнуты у большинства пациентов. Это выразилось в нормализации артериального давления и уменьшением в связи с этим головных болей, болей в области сердца, одышки у 85% пациентов с артериальной гипертензией; в уменьшении кашля у 65% с хроническими заболеваниями легких; в нормализации стула у 47% больных, страдающих запорами; уменьшением интенсивности болей в суставах у 40% пациентов в патологии опорно-двигательного аппарата. Что касается таких патологических состояний, как недержание мочи или частое мочеиспускание, состояние больных было без перемен. Повторно оценку активности жизнедеятельности по шкале Бартела планируется проводить через 5-6 месяцев от начала программы ухода.

Представляет интерес то, как сами респонденты оценивают свое здоровье. С возрастом и у мужчин, и у женщин уменьшается доля лиц, оценивающих свое здоровье как очень хорошее, хорошее и нормальное, и растет удельный вес тех, кто отмечает у себя плохое самочувствие. Следует отметить, что среди респондентов-мужчин больше доля лиц, оценивающих свое здоровье на «нормально», «хорошо» и «отлично», чем среди женщин. Существенных же различий в самооценке состояния здоровья у мужчин и женщин, а также по отдельным возрастным группам не выявлено.

Для оценки удовлетворенности качеством ухода в КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей проведено анкетирование среди жителей учреждения с помощью разработанной нами анкеты

Оценка данных анкетирования показала в целом положительные результаты.

#### Выводы:

1 Предварительное медицинское обследование лиц диспансерной группы с оценкой активности жизнедеятельности выявило у большинства пациентов наличие сочетанных заболеваний, среди которых преобладали случаи артериальной гипертензии, осложненной ОНМК, ограничение движений и нарушения функций тазовых органов.

2 Оценка результатов проведенных мероприятий индивидуального ухода показала возможность достижения поставленных краткосрочных целей.

3 Оценка удовлетворенности качеством ухода в КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей по данным анкетирования показала положительные результаты.

4 Реализация программы ухода за пожилыми и престарелыми людьми на основе разработанной карты индивидуального ухода позволит создать научно обоснованную модель организации ухода и улучшить качество жизни жителей КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей.

#### Литература:

1 Материалы 65 сессии Генеральной Ассамблеи ВОЗ – 2010 г.

2 Материалы III Всероссийского съезда средних медицинских работников, Екатеринбург, 2009 г., часть 1.

3 Риффель А.В. Избранные вопросы социальной геронтологии правовой и медицинский аспекты. Изд. «Академия естествознания», 2009 г.

4 Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. - Основы сестринского дела. - Ростов-на-Дону: «Феникс» - 2002. - 446 с.

5 Ролько В.Т. Современные технологии сестринского процесса, // Медицинская сестра - №2, - 2002. - С.36-39.

УДК 616.12-008.331.1+615.368-08

## АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ: В ФОКУСЕ ЛЕРКАМЕН

Л.К. Каражанова, д.м.н., профессор

Государственный медицинский университет города Семей

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, антагонисты кальция, леркамен

### Summary

#### DIHYDROPYRIDINE CALCIUM CHANNEL BLOCKERS AT TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION: LERKAMEN

L.K. Karazhanova

**Key words:** arterial hypertension, calcium channel blockers, Lerkamen

Arterial hypertension (AH) is independent risk factor of myocardial infarction, brain stroke, chronic heart failure (CHF) and hypertensive nephropathy, death from cardiovascular diseases.

Main aim of therapy of AH is maximal decreasing of risk of development of cardiovascular morbidity and mortality.

This lecture includes data about pharmacodynamics and therapeutic efficiency of dihydropyridine calcium channel blocker Lerkamen, its advantages, indications and contraindications, metabolic neutrality, organ protection.

### Тұжырым

#### АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯНЫҢ ЕМІНДЕ ДИГИДРОПИРИДИН ТУЫНДЫСЫ КАЛЬЦИЙ АНТАГОНИСТЕРІ: ФОКУСТА ЛЕРКАМЕН

Л.К. Каражанова

**Шешуші сөздер:** артериалды гипертония, кальция антагонистері, леркамен

Артериалды гипертония (АГ) – миокард инфарктының, инсульт, созылмалы жүрек жетіспеушілігінің және гипертониялық нефропатияның, жүрек-қан тамырлар ауруларынан өлімнің тәуелсіз қауіп қатер факторы болып табылады. АГ емдеудің негізгі мақсаты - өлім мен жүрек-қан тамыр ауруларының даму қауіпін неғұрлым төмендету.

Аталған дәрісте дигидропиридин қатарындағы кальций антагонисті дәрі-дәрмегі-леркаменнің терапиялық нәтижелігі мен фармакодинамикасы, оның жағымды көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштері жайында мәліметтер берілді. Метаболиттік бейтараптылық, орғано-протективтілік жөнінде дәлелдеулер келтірілген.

Основная и главная цель лечения артериальной гипертонии (АГ) - максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности [1,2].

Достижение данной цели включает: снижение артериального давления (АД) до целевых значений, выявление и коррекция всех известных и устранимых факторов риска, включая курение, дислипидемию и сахарный диабет; адекватное лечение ассоциированных клинических состояний. Целевое АД: для всех пациентов - САД=140, ДАД=90 мм. рт. ст. и ниже (при хорошей переносимости); для пациентов с сахарным диабетом - САД=130, ДАД=80 мм. рт. ст. и ниже (при хорошей переносимости) [2-3].

При определении места того или иного класса препаратов в лечении АГ исходят:

- из выраженности антигипертензивного действия;

- переносимости;
- доказанности орғанопротективных свойств;
- предупреждения развития сердечно-сосудистых осложнений;
- увеличения продолжительности жизни;

#### Уровень успешного контроля АД (<140/90 мм рт. ст.) в США и Европе

Страна	Уровень контроля АД
США	27%
Франция	27%
Бельгия	43%
Италия	23%
Испания	15,5%
Великобритания	6%

Таблица 1. Потенциально неблагоприятные эффекты препаратов в монотерапии и возможности их коррекции

Препарат	Контррегулят орный механизм	Корректирующий препарат
Дигидропиридиновый антагонист кальция	Активация СНС, сердцебиение	β-адреноблокатор
	Периферические отеки	Ингибитор АПФ, БРА II
Диуретик	Активация РААС, гипокалиемия	Ингибитор АПФ, БРА II, ПИР
	Активация СНС	β-адреноблокатор
Ингибитор АПФ	Задержка калия	Диуретик

*Примечание.* СНС — симпатическая часть вегетативной нервной системы; АПФ — ангиотензинпревращающий фермент; БРА II блокатор рецепторов ангиотензина II; РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система.

- Антагонисты кальция – группа препаратов, тормозящих ток кальция внутрь гладкомышечных клеток через специальные «медленные кальциевые каналы»

**Классификация антагонистов кальция**

Дигидропиридины			Фенилалкиламины		Бензодиазепины
I поколение	II поколение	III поколение	I поколение	II поколение	
Нифедипин	Нимодипин	Амлодипин	Верапамил	Галлопамил	Дилтиазем
	Фелодипин	Лацидипин		Тиапамил	
	Исрадипин	Лерканидипин		Анипамил	
	Нитрендипин			Фалипамил	
	Никардипин				
	Нисолдипин				

По результатам проведенных исследований (PREVENT, INSIGHT, ELSA, CAMELOT и др.) эксперты Европейского общества АГ/Европейского общества кардиологов внесли в новые рекомендации наличие атеросклероза сонных и коронарных артерий у больных с АГ в качестве одного из показаний для первоочередного назначения антагонистов кальция дигидропиридинового ряда [3-4].

Одно из новых положений Европейских рекомендаций по АГ 2007 г. - риск развития сахарного диабета на фоне применения антигипертензивных препаратов.

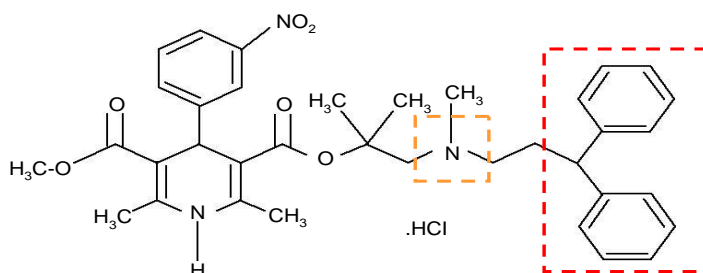
Недавний мета-анализ 22 крупнейших рандомизированных клинических исследований с более чем 160000 участников показал, что ассоциация развития сахарного диабета является самой низкой для блокаторов ангиотензиновых рецепторов и ингибиторов АПФ, антагонистов кальция далее плацебо, β-блокаторов и диуретиков.

Антагонисты кальция в новых Европейских рекомендациях по лечению АГ:

В Европейских рекомендациях 2007 г. антагонисты кальция из группы дигидропиридиновых производных показаны как препараты выбора у пожилых пациентов с изолированной систолической АГ, стенокардией, гипертрофией миокарда левого желудочка, заболеваниями периферических сосудов, беременности, атеросклерозе сонных и коронарных артерий [5-6].

Леркамен-представитель 3-го поколения дигидропиридиновых (ДГП) блокаторов кальциевых каналов. ДГП дают возможность эффективного лечения АГ. Представители первых поколений имеют определенные ограничения к использованию, связанные с необходимостью частого приема, а также в связи с быстрой и выраженной периферической вазодилатацией [5,6].

**Леркамен обладает самой высокой липофильностью среди антагонистов Ca дигидропиридинового ряда.**



- Присоединенная **амино группа**: облегчает обмен между частицами в плазме и водонепроницаемой клет. мембраной=> **короткий плазменный период полувыведения-отсутствие риска кумуляции**

- **Липофильная якорная группа**: **плотно связывается с мембраной => постепенное начало действия, длительный эффект, мягкое снижение АД, отсутствие рефлекторной тахикардии**

Уникальная мембранная контролируемая кинетика.

Быстрое высвобождение из плазмы → быстрое проникновение в гладкомышечные клетки артерий → медленное выведение из клеточной мембраны → длительное действие - мягкий гипотензивный эффект с минимальным количеством побочных реакций (минимальный риск гипотонии, рефлекторной тахикардии и покраснений кожных покровов). Сосудистая селективность: Лерканидипин обладает самой высокой сосуди-

стой селективностью среди всех антагонистов кальция. Воздействие на миокард по отношению к сосудистому воздействию 1:90 000, коронарная и периферическая вазодилатация без значимого подавления сократительной активности миокарда (отсутствие отрицательного инотропного эффекта).

Леркамен показал самый высокий индекс сосудистой селективности среди всех антагонистов Ca.



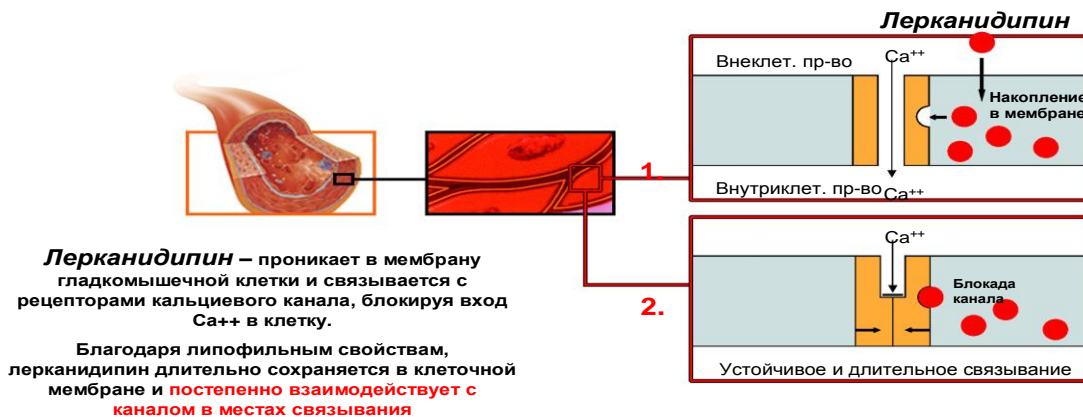


# Леркамен

**1x1 = 24 часовое гипотензивное действие**



## 1.2. Мембранная кинетика ЛЕРКАМЕН- УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ



Herbette L G et al, Blood pressure 7 (Suppl 2), 10-17 (1998)



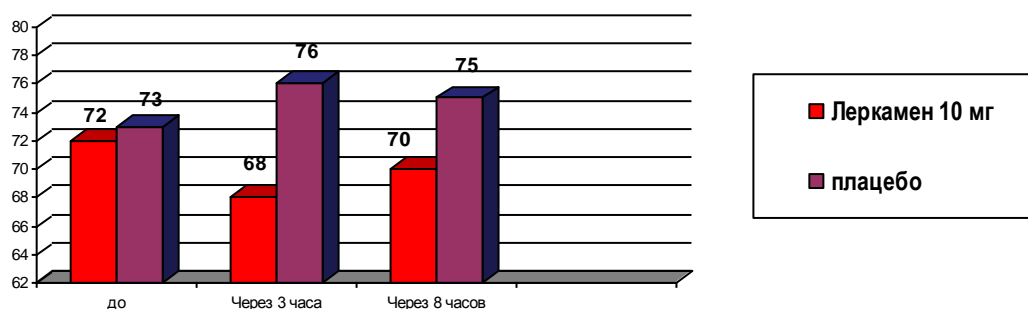
# Леркамен



### Фармакологические характеристики / Клинические преимущества

<p><i>Леркамен накапливается в липидном бислое клеточной мембраны.</i></p>	<p>Сосудистая селективность. Действует преимущественно на артериальном уровне.</p> <p><b>Отсутствие отрицательного инотропного эффекта</b></p>
<p><i>Попав в мембрану, Леркамен постепенно поступает в кальциевые каналы.</i></p>	<p>Постепенное начало гипотензивного действия</p> <p><b>Отсутствие влияния на частоту сердечных сокращений</b></p>
<p><i>Высокое сродство, медленное начало и постепенное окончание взаимодействия с Ca каналами.</i></p>	<p>Выраженный гипотензивный эффект</p> <p><b>Эффективен при тяжелой АГ и изолированной систолической гипертензии</b></p>
<p><i>Постепенное высвобождение из липидного бислоя гладкомышечных клеток артерий</i></p>	<p>Индекс «пиковый/ остаточный» более 80%</p> <p><b>Однократный прием</b></p>
<p><i>Выводится в равных соотношениях печенью и почками.</i></p>	<p>Безопасен у пожилых, отсутствие кумуляции в плазме, возможность применения у больных с сопутствующими заболеваниями печени и почек</p>

Максимальная переносимость: предполагает стабильность ЧСС





Исследование ELYPSE: 9059 амбулаторных пациентов с АГ I-II степени к 3 месяцу испытания 64% пациентов достигли целевого ДАД <90 мм. рт.ст., целевого САД и ДАД-32% (<130/85 мм. рт.ст.). Была отмечена низкая частота побочных эффектов, частота отмены препарата составила <1%. В испытаниях у больных ИСАГ леркарнидипин оказался эффективнее чем лацидипин, обеспечивая устойчивое антигипертензивное действие в течение 24 часов с сохранением естественного суточного профиля АД. Не было отмечено изменений частоты сердечных сокращений и проводимости. Число побочных эффектов было низким для обоих препаратов, но леркарнидипин отменялся достоверно реже.

Исследования ELLE -сравнение эффективности трех дигидропиридиновых АК: леркарнидипина, лацидипина и нифедипина ГИТС - у пациентов с АГ старше 65 лет. Результат – схожая антигипертензивная эффективность леркарнидипина и нифедипина ГИТС, несколько большая по сравнению с лацидипином. Частота побочных эффектов в группе леркарнидипина была достоверно ниже, чем в группе нифедипина ГИТС и лацидипина. Отеки на фоне лечения леркарнидипином встречались в 2,5 раза реже, чем при лечении лацидипином и более чем в 3 раза реже по сравнению с нифедипином ГИТС.

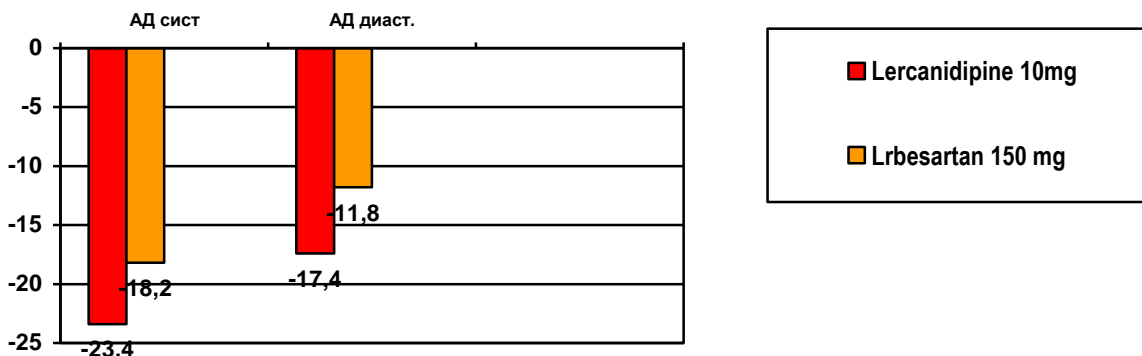
Исследование LEAD - 250 пациентов среднего возраста, лечившихся леркарнидипином, фелодипином или

нифедипином ГИТС, отмечена одинаковая антигипертензивная эффективность препаратов при явно меньшем числе неблагоприятных побочных реакций в группе Леркарнидипина [7-9].

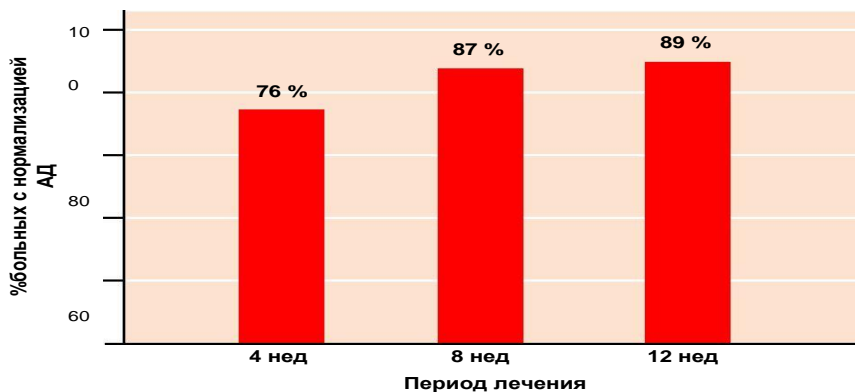
Многоцентровое исследование LAURA: 3175 больных АГ I-II степени получали леркарнидипин в дозе 10-20 мг/сут. в течение 6 месяцев. К концу исследования было отмечено достоверное снижение как систолического (с 159,5±11,7 мм. рт.ст. до 136,0±9,7 мм. рт.ст., p<0,001), так и диастолического АД (с 95,2±7.4 мм рт.ст. до 79,7±6,8 мм. рт.ст., p<0,001). Препарат хорошо переносился, отмена из-за побочных эффектов потребовалась всего в 1,7% случаев, спектр побочных действий соответствовал обычным для дигидропиридиновых АК.

Исследование ZAFRA: Леркарнидипин назначался 175 пациентам с ХПН (клиренс креатинина < 70 мл/мин), у которых не было достигнуто целевое АД 130/85 мм рт.ст. несмотря на прием иАПФ или БРА. Добавление к терапии леркарнидипина обеспечило существенное снижение АД у 89,2% пациентов, а в 58,1% случаев были достигнуты его целевые значения. Отмечалось достоверное увеличение клиренса с 41,8±16,0 до 45,8±18,0 мл/мин (p=0,019), а также снижение концентрации холестерина в плазме с 221±46 до 211 ±35 мг/дл (p=0,001). При этом частота побочных эффектов была крайне низкой (1,48%), и ни у одного пациента не отмечено отеков [10-13].

**Эффективность в сравнении с либезартаном**



**Эффективность при резистентной АГ**



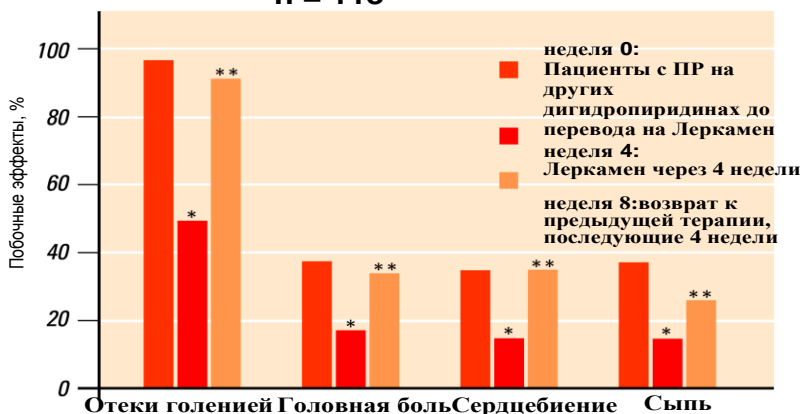
Леркамен добавлялся к препаратам первого ряда в дозе 10мг 1 раз в сутки у больных, не достигавших нормализации АД на монотерапии препаратами других классов.

40 Rengo F et al, J Cardiovasc Pharmacol 29 (Suppl 2), S54-S58 (1997)



### Максимальная переносимость

n = 115



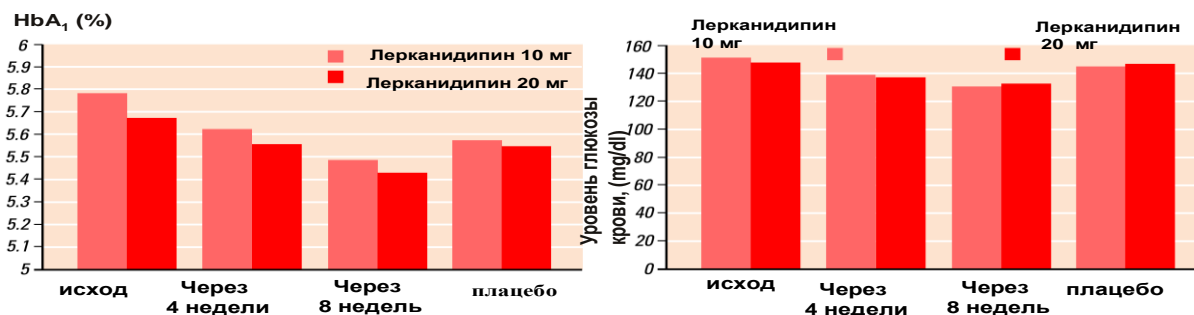
Пациенты с ПР на дигидропиридиновых АК были переведены на Леркамен. Частота ПР значительно снизилась через 4 недели лечения Леркаменом. После прекращения терапии Леркаменом и возврата к прежним препаратам дигидропиридинового ряда частота ПР вернулась к исходным данным

Borghì C et al: J of Hypertension 18 (Suppl 2), S 155 (2000)

\*p<0.001: Леркамен в сравн. с предшествующими АК  
\*\*p<0.001: возврат к начальной терапии в сравн. с Леркаменом



### Леркамен: влияние на показатели углеводного обмена



Study Ric1 0032 - data on file

#### Противопоказания:

- повышенная чувствительность к действующему веществу лерканидипину, к любому дигидропиридину или к любому компоненту препарата;
- беременность и период кормления грудью
- женщины детородного возраста, если они не используют эффективную контрацепцию
- обструкция сосудов, исходящих из левого желудочка сердца
- застойная сердечная недостаточность
- нестабильная стенокардия
- тяжелые нарушения функции почек или печени
- период, составляющий 1 месяц после инфаркта миокарда

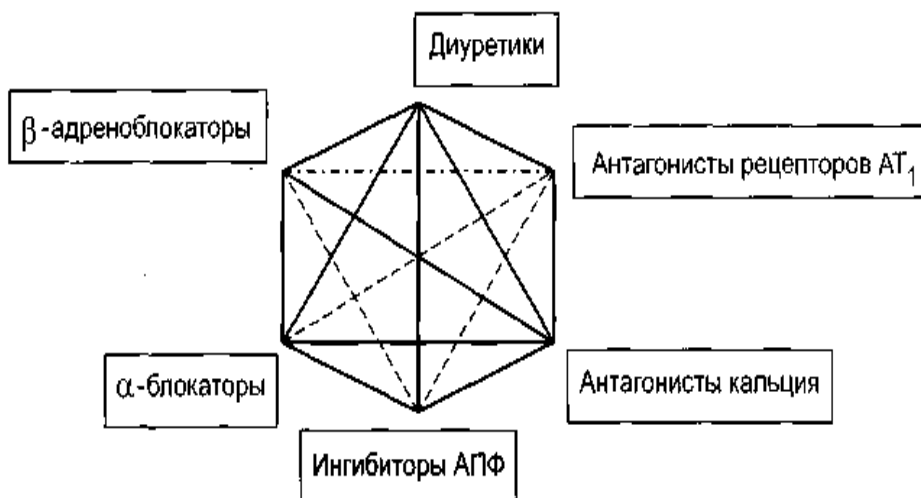
Основные требования, предъявляемые к АК ДГП ряда:

1. активное воздействие должно быть специфично для Ca ++ каналов, расположенных в сосудистых гладкомышечных клетках (незначительное влияние на миокардиальную сократительную активность)
2. начало фармакологического действия должно быть постепенным
3. эффект должен предусматривать однократный прием
4. минимальная частота ПР (сопоставимая с плацебо)

**Обзор фармакодинамических свойств лерканидипина**

Антигипертензивные эффекты	Постепенное начало и длительно антигипертензивное действие, показанное в исследованиях <i>in vitro</i> и <i>ex vivo</i> Применение лерканидипина в дозе 10 или 20 мг/сут в течение 4 нед или 4 мес. приводит к значимому снижению АД в течение 24 ч/у пациентов с эссенциальной АГ Коэффициент, Т/Р у пациентов с эссенциальной АГ обычно составляет >-50%
Кардиоваскулярные эффекты (у пациентов с АГ)	Прием лерканидипина (10или20мг/сут), как правило, не оказывает клинически значимого воздействия на частоту сердечных сокращений (ЧСС) Прием лерканидипина в дозе 10 или 20 мг. сут в течение 16 нед не оказывает значимого влияния на параметры электрокардиограммы (ЭКГ) Прием лерканидипина в дозе 10 мг/сут 8 течение 6-12 мес приводит к значимому снижению массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по сравнению с исходными показателями (о значениях p не сообщается) Лерканидипин 10 мг/сут снижает ММЛЖ в той же мере, что и гидрохлортиазид в дозе 25 мг сут или эналаприл (о дозе не сообщается) но достоверно более выражено, чем лосартан в дозе 50 мг/сут (p < 0,05) после 6-12 мес терапии
Антиатерогенные эффекты	<i>In vitro</i> лерканидипин в дозе 10-50 мкмоль/л дозозависимо ингибирует пролиферацию и миграцию гладкомышечных клеток Лерканидипин обладает антиоксидантной активностью у пациентов с АГ при наличии сопутствующего СД 2 типа и без него уменьшает атеросклеротические поражения у кроликов с наличием гиперхолестеринемии
Почечные - эффекты	Вызывает дилатацию как афферентных, так и эфферентных гломерулярных артериол у крыс со спонтанной гипертензией Лерканидипин ингибирует гломерулярную гипертрофию, уменьшает объем гломерулярных почечных клубочков и улучшает морфологию извитых канальцев у крыс со спонтанной гипертензией предотвращает увеличение объема мочи и концентрации альбумина в моче у крыс со спонтанной гипертензией. Может уменьшать протеинурию у крыс со спонтанной гипертензией, перенесших субтотальную нефрэктомия
Метаболические эффекты	Прием лерканидипина в дозе 10-30мг/сут в течение 24-48 нед не вызывает значимых изменений сывороточных концентраций общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидное высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов или аполипопротеинов А1 и В у пациентов с АГ и СД 2 типа или без него. Прием лерканидипина в дозе 10 или 20 мг/сут в течение 8 нед значимо снижает уровень глюкозы крови натощак, гликозилированного гемоглобина (HbA1c) и сывороточного фруктозамина по сравнению с исходными значениями (p < 0,001) и улучшает показатели теста толерантности к глюкозе (p < 0,001) у пациентов с АГ и сопутствующим СД 2 типа
Другие эффекты	Лерканидипин реже, чем нифедипин или амлодипин, провоцирует развитие периферических отеков у пациентов с мягкой и умеренной АГ, уменьшает частоту церебрального инсульта у крыс со спонтанной гипертензией, находящихся на диете с высоким содержанием соли, и оказывает протекторное воздействие на мозг этих животных

**Возможности комбинации Леркамена с другими антигипертензивными препаратами, наиболее оптимальные и нежелательными комбинации [13].**



**Сплошная линия — предпочтительные комбинации групп препаратов.**

Леркамен 10 мг №28 лерканидипина гидрохлорид.  
Новейший представитель 3 поколения антагонистов Са, отличающийся от всех предыдущих препаратов улучшенным профилем переносимости и безопасности за счет уникальной фармакокинетики может комбинироваться с другими антигипертензивными препаратами быть в составе 2-х или 3-х компонентной терапии.

#### Литература:

1. OpleZ.H. Drugs for the heart 4 th ed. -Philadelphia, 1995.
2. Kaplan N.M. Clinical hypertension. 5th ed - Baltimore, 1990.
3. The sixth report of the joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, 1997.
4. Johnston CJ. The place of diuretics in the treatment of hypertension in 1993: Can we do better? Clin'and Exper Hypertension 1993; 15 (6):1239-55.
5. Kaplan NM. Diuretics: Cornerstone of antihypertensive therapy, Amer J. Cardiol 1996;77 (6):3B-5B.
6. Madkour H., Yadallah M.M., Riveline B. et al. Ludapamide is superior to thiazide in the preservation of renal function in patients with renal insufficiency and systemic hypertension. Amer J Cardiol 1996, 77(6):23-25.

7. Achhammer J., Metz P. Low dose loop diuretics in essential hypertension. Experience with torasemide. Drugs 1991 ;41 (suppl 3):80-91.

8. Psaty BM, Smith MZ., Siskovick DS. et al., Health outcomes associated with antihypertensive agents. A systematic review and metaanalysis. JAMA 1997;277 (9):739-45.

9. Warram JH, Zaffel ZMB, Valsania P. et al. Excess mortality associated with diuretic therapy in diabetes mellitus. Arch Intern Med 1991; 151 (7):1350-6.

10. Curb JD, Pressel Sz, Cutler JA. et al. Effect of diuretic-based antihypertensive treatment on cardiovascular disease risk in older diabetic patients with isolated systolic hypertension. JAMA 1996;276 (23): 1886-92.

11. Yottdiener JS, Reda DJ, Massic BM. et al. Effect of single-drug therapy on reduction of left ventricular mass in mild to moderate hypertension. Circulation 1997;95 (8):2007-14.

12. Neaton JD, Yrimee RH, Jr, Prineas RJ et al. Treatment of mild hypertension study. JAMA 1993;270(6):713-24.

13. Materson BJ, Reda DJ, Cushman WC. et al. Department of Veterans Affairs single-drug therapy of hypertension study. Amer J Hypertens 1995;8 (2):189-92.

УДК 615.225.2

## АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ БЕНЗОТИАЗЕПИНОВОГО РЯДА - РОЛЬ В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: В ФОКУСЕ – ДИЛТИАЗЕМ

Л.К. Каражанова, д.м.н., профессор  
А.А. Чиньбаева

Государственный медицинский университет города Семей

#### Тұжырым

ЖҮРЕК – ҚАН ТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАН ТЕРАПИЯСЫНДА  
КАЛЬЦИЙ АНТАГОНИСТЕРІНІҢ РОЛІ . ФОКУСТА: ДИЛТИАЗЕМ

Л.К. Каражанова, А.А. Чиньбаева

Кальций антагонистері – негізгі құрамы, «баяу кальций каналдары» деп аталатын арнаулы каналдар арқылы тегіс салалы жасушалардың ішіндегі кальций токтарын тежейтін қабілеті бар дәрі - дәрмектер тобына жатады. Дилтиазем Ланнахер антиоксиданты нәтижелі кардиопротективті, ангиопротективті, антиагрегантты, антиаторогенді, нефропротективті, цереброваскулярлы әсер көрсетеді.

#### Summary

CALCIUM CHANNELS BLOCKERS - A ROLE IN MODERN THERAPY  
OF CARDIOVASCULAR DISEASES: IN FOCUS – DILTIAZEM

L.K. Karazhanova, A.A. Chinybayeva

Calcium channels blockers – group of the drugs which basic property is ability to brake a calcium current inside of smooth muscle cells through the special channels named “slow calcium channels”. Diltiazem Lannacher renders cardioprotective action with antioxidative effect, angioprotective action, antiagregant action, antiatherogenous action, nephroprotective action, cerebroprotective action.

Антагонисты кальция – группа препаратов, основным свойством которых является способность тормозить ток кальция внутрь гладкомышечных клеток через специальные каналы, называемые “медленными кальциевыми каналами”, эти препараты именуются также блокаторами кальциевого входа (calcium entry blockers). Антагонисты кальция очень широко используются в кардиологии при лечении самых различных заболеваний, создание этих препаратов - одно из значительных достижений фармакологии конца XX века [1-2]

Термин «антагонисты кальция» был впервые предложен Fleckenstein в 1969 г. для обозначения фармакологических свойств препаратов, которые обладали од-

новременно коронарным вазодилатирующим и отрицательным инотропным эффектом. Первый представитель антагонистов кальция - верапамил был синтезирован 21 мая 1959 г. доктором Ferdinand Dengel, на 10 лет раньше, чем появился термин «антагонисты кальция». В 1963 г. было начато использование верапамила в клинике для лечения стенокардии. В 70-е годы прошлого века были созданы и начали использоваться в клинике два других представителя антагонистов кальция - нифедипин и дилтиазем. [1,3]

#### Классификация антагонистов кальция

- Антагонисты кальция - неоднородная группа препаратов. Исходя из химической структуры, их под-

разделяют на **дигидропиридины** (нифедипин, амлодипин, лацидипин леркамен), **фенилалкиламины** (верапамил), **бензотиазепины** (дилтиазем).

• Очень важной для клинициста является классификация антагонистов кальция, разделяющая все препараты на две большие подгруппы, исходя из их влияния на тонус симпатической нервной системы.

- *Первая подгруппа* - так называемые замедляющие пульс антагонисты кальция (или недигидропиридиновые антагонисты кальция). К ним относятся фактически два препарата - верапамил и дилтиазем.
- *Вторая подгруппа* - увеличивающие пульс антагонисты кальция, или дигидропиридины.

**Показания к применению антагонистов кальция в клинике.**

Заболевание	Верапамил	Дилтиазем
Стабильная стенокардия напряжения	+	+
Вазоспастическая стенокардия	+	+
Нестабильная стенокардия	+	+
Острый инфаркт миокарда без зубца Q	+	+
Артериальная гипертония	+	+
Застойная сердечная недостаточность	±	±
Гипертрофическая кардиомиопатия	+	+
Суправентрикулярные аритмии	+	+
Легочная гипертензия	+	+

**Многоцентровые рандомизированные исследования дилтиазема, характеризующие его антиангинальную эффективность:**

№	Название, описание	Год	Пациенты, место, срок наблюдения	Выводы
1.	Diltiazem Clinical Trial Task Group of Wuhan – в/в введение дилтиазема при нестабильной стенокардии	2005	102 человека, Китай	Дилтиазем может использоваться как препарат первой линии при лечении нестабильной стенокардии
2.	Сравнение вечернего и утреннего приема дилтиазема замедленного высвобождения в дозах 180, 360 и 420 мг при стабильной стенокардии	2005	311 человек, 3 недели, США	Вечерний прием дилтиазема замедленного действия в дозе 360 мг значительно увеличивает переносимость физической нагрузки у пациентов со стенокардией в течение 24-часового интервала дозирования.
3.	Дилтиазем замедленного высвобождения уменьшает миокардиальные ишемические эпизоды при терминальной стадии почечной недостаточности: двойное-слепое, рандомизированное, перекрестное, плацебо-контролируемое испытание.	2003	196 человек, Италия	Результаты подчеркивают, что дилтиазем замедленного высвобождения (120 мг дважды ежедневно) может быть в значительной степени полезен для уремических пациентов с ИБС на диализе. Дилтиазем уменьшает число и продолжительность немых ишемических эпизодов, имеет хорошую переносимость, и положительно изменяет циркадный образец ишемических эпизодов.
4.	Combination Assessment of Ranolazine In Stable Angina (CARISA). Влияние ранолазина с атенололом, амлодипином или дилтиаземом на переносимость физической нагрузки и частоту приступов стенокардии у пациентов с выраженной стенокардией.	1999-2002 (пуб. 2004)	823 человека, США, 118 центров, 2 года	Дилтиазем – классическое эффективное антистенокардитическое средство, используется для оценки эффективности новых препаратов.
5	Centralised European Studies in Angina Research (CESAR) – сравнение амлодипина с дилтиаземом при добавлении к терапии атенололом.	1998	97 пациентов, Великобритания	И амлодипин и дилтиазем значительно уменьшили частоту приступов стенокардии ( $p < 0.001$ ) и потребление нитроглицерина ( $p < 0.05$ до $p < 0.01$ ). В течение Холтеровского мониторирования, оба препарата уменьшили полную частоту амбулаторной миокардиальной ишемии.
6	Diltiazem CD Study Group. Определение безопасности и эффективности дилтиазема CD 180 мг однократно в день у пациентов с хронической стабильной стенокардией, неадекватно контролируемой бета-блокаторами, длительно действующими нитратами, или обоими группами препаратов.	1997	170 пациентов, 2 недели, США	Время завершения теста на переносимость физической нагрузки через 24 часа после дозирования значительно увеличилось в группе дилтиазема CD (37.2 сек.) по сравнению с группой плацебо (21.3 сек., $p=0.0438$ ). Время до начала приступа стенокардии в течение дозированной нагрузки, также увеличилось (57.6 против 35.0 сек., соответственно, $p=0.0324$ ). Дилтиазем CD 180 мг однократно в день - эффективная, безопасная, и выгодная начальная дозировка при добавлении к существующей антистенокардитической терапии.

Продолжение таблицы

№	Название, описание	Год	Пациенты, место, срок наблюдения	Выводы
7.	Эффективность дилтиазема при стабильной стенокардии напряжения: двойное - слепое изучение по сравнению с placebo	1996	48 пациентов, 1 неделя, Италия	После применения дилтиазема, продолжительность нагрузки значительно увеличилась по сравнению с placebo (645.6+/-196.31 против 563.9+/-244.52, p<0.01). Время до начала ангинозного приступа и время ишемического порога увеличилось по сравнению с placebo (603.78+/-198.50 против 459.69+/-239.40 p<0.01 и 576.06+/-208.88 против 463.16+/-246.12 p<0.01 соответственно). Никакие существенные изменения в ЧСС, АД и двойном ишемическом произведении при пороговой и пиковой нагрузке не были обнаружены.
8	Group of South of France Investigators. Терапия триметазидина с дилтиаземом при заболевании коронарных артерий	1995	67 пациентов, 6 месяцев, Франция	Эффективная комбинация при лечении стабильной стенокардии напряжения.

**Терапевтические возможности Дилтиазема у больных ИБС обеспечивает:**

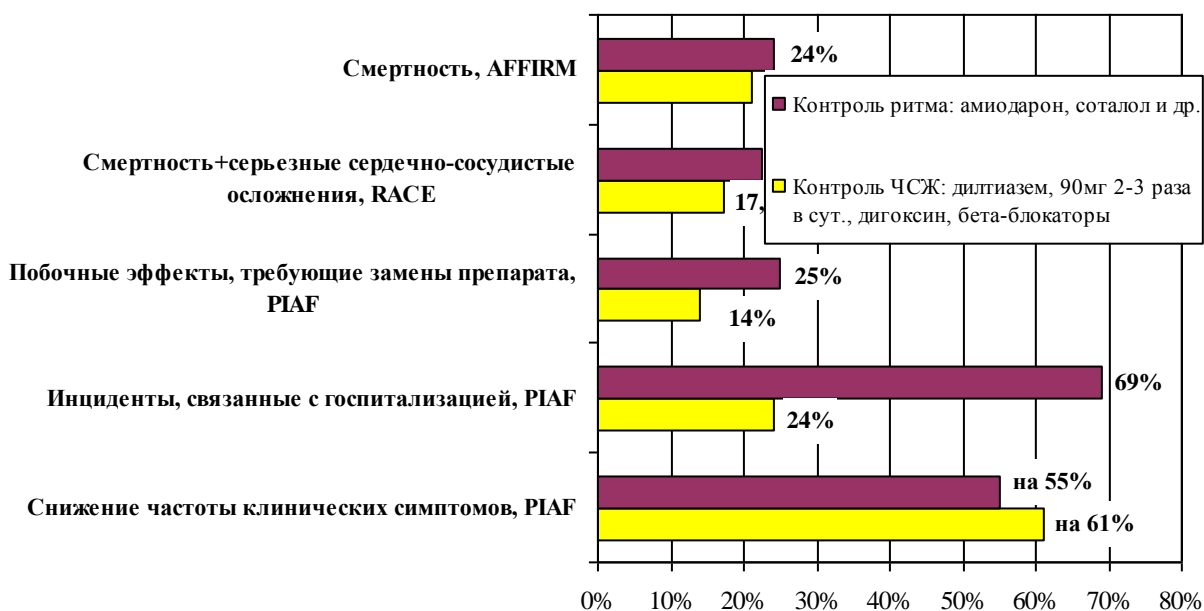
- Сбалансированное влияние на все патогенетические звенья заболевания
- Всестороннее кардиопротективное действие
- Доставку оптимальной дозы дилтиазема
- Наивысшую безопасность лечения по сравнению с другими антагонистами кальция

- Соответствие современным методам лечения ИБС

- Экономически выгодное лечение, особенно у больных ИБС с сопутствующей патологией - артериальной гипертензией или сахарным диабетом
- Дилтиазем – препарат первой линии при контроле за частотой сокращений желудочков при фибрилляции предсердий.

**Результаты мета-анализа по исследованиям PIAF, RACE, AFFIRM.**

4 834 пациентов с фибрилляцией предсердий при наблюдении от 1 до 6 лет



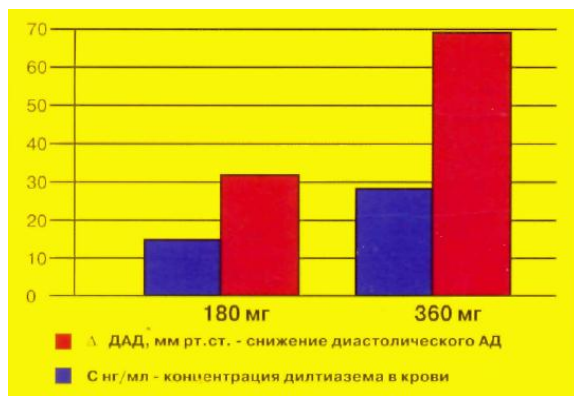
**Многоцентровые рандомизированные исследования дилтиазема, характеризующие его гипотензивную активность:**

№	Название, описание	Год	Пациенты, место, срок наблюдения	Выводы
1.	Гипотензивная эффективность ночного применения дилтиазема с постепенным высвобождением против утреннего применения амлодипина у афроамериканцев.	2004	262 чел., наблюдение 6 нед., США	Ночное применение Дилтиазема GR было более эффективно, чем утреннее применение амлодипина для снижения раннего утреннего диастолического АД и ЧСС.
2.	Hypertension in the Very Elderly Trial (исследование гипертензии у очень пожилых людей). Дилтиазем замедленного высвобождения добавлялся к мочегонным препаратам или ингибиторам АПФ.	2003	10 Европейских стран, 1283 чел. Старше 80 лет, наблюдение 13 мес.	Возможно, что лечение 1000 пациентов в течение 1 года может снизить количество инсультов на 19 (из которых 9 нефатальных), но может быть ассоциировано с 20 дополнительными не инсультными смертными случаями.

Продолжение таблицы

№	Название, описание	Год	Пациенты, место, срок наблюдения	Выводы
3.	Оценка эффективности и безопасности однократного применения дилтиазема замедленного высвобождения при эссенциальной гипертензии.	2003	478 чел, 7 недель, США	Дилтиазем замедленного высвобождения значительно снижает АД и ЧСС в течение 24-час.интервала после однократного ежедневного применения перед сном. При этом более выраженные сокращения были получены между 6 часами утра и 12 дня, когда циркадное АД самое высокое.
4.	Влияние дилтиазема на липидный профиль и частоту сердечных сокращений у гипертензивных пациентов.	1999	146 чел., Франция, 6 мес.	Никаких неблагоприятных эффектов дилтиазема на липидные параметры не наблюдалось, уровни холестерина и апо-протеина А1 уменьшились. Клинически, дилтиазем понижал АД и уменьшал ЧСС. Сокращение ЧСС было больше отмечено в случае высокой начальной ЧСС.
5.	NORDIL – скандинавское изучение дилтиазема (180-360мг) при АГ. Влияние на сердечно-сосудистые события и смертность по сравнению с мочегонными и бета-блокаторами.	1992-1999	480 центров Норвегия, Швеция, 10 881 чел. 50-74 лет, набл.5-7 лет	По сравнению с обычным гипотензивным режимом основанном на диуретике и бета-блокаторе, на фоне дилтиазема имелось сокращения частоты инсультов на 25 % у пациентов с уровнем АД или пульсовой амплитудой большим, чем среднее значение.
7.	Swedish-Finnish Study Group Шведско-финское изучение по сравнению дилтиазема замедленного высвобождения и ателолола при АГ	1998	256 человек, Швеция, Финляндия, набл. 2 года	Дилтиазем и ателолол одинаково эффективны в понижении АД. Однако, длительное лечение с дилтиаземом, но не с ателололом, имеет благоприятные эффекты на концентрации ЛПВП и отношении ЛПНП/ЛПВП. Согласно этим результатам дилтиазем воздействует на профиль факторов риска при гипертензии.
8.	Длительное применение дилтиазема и эналаприла при эссенциальной гипертензии. 8 крупных многоцентровых испытаний в разных странах.	1990-1998	891 чел, 36 недель, 93 чел, 40 недель, 112 чел., 12-нед., 265 чел., 46 нед., 62 чел, 6 месяцев, 336 чел., 6 нед. 147чел, 12 нед. 159 чел., 8 нед.	Эффективная и безопасная комбинация, превосходящая по степени снижения АД монотерапию без увеличения побочных эффектов. Эта комбинация может значительно усилить контроль над АГ. В течение периода наблюдения, 85 % пациентов получаемых эналаприл и 87 % пациентов на дилтиаземе поддерживали целевое АД.
9	Двойное - слепое, параллельное, многоцентровое сравнительное изучение комбинации дилтиазема и гидрохлортиазида при умеренной гипертензии.	1996	71 чел, 10 недель, Великобритания	Это изучение обеспечивает ясное свидетельство эффективности терапии комбинацией дилтиазема и гидрохлортиазида для терапии пациентов с гипертензией.
10	Эффективность и безопасность дилтиазема и лизиноприла в лечении гипертензии после сердечной трансплантации.	1996	116 чел., 3 месяца, США	Дилтиазем и лизиноприл безопасны для лечения гипертензии после сердечной трансплантации, хотя монотерапия с этими лекарственными средствами контролировала состояние у < 50 % пациентов.
11	Гипотензивная эффективность и безопасное использование однократно в сутки дилтиазема замедленного высвобождения у пожилых: сравнение с каптоприлом. The Dilacomp Study Group.	1995	100 чел (65-85 лет), 8 недель, Бельгия	Целевое АД было достигнуто в 68% пациентов, получающих дилтиазем и у 70% получающих каптоприл. Два серьезных события наблюдались в группе каптоприла: одна внезапная смерть и один инсульт. Дилтиазем замедленного высвобождения один раз в день удобен, хорошо переносится и является препаратом первой линии для лечения гипертензии у пожилых, как стартовая доза рекомендуется 200мг.

12	Рандомизированное контролируемое испытание, сравнивающее дилтиазем, гидрохлортиазид и их комбинацию в терапии эссенциальной гипертензии.	1990	298 чел, 6 нед., США, Калифорния	Дополнение мочегонного средства к дилтиазему замедленного высвобождения привело увеличение гипотензивного эффекта по сравнению с монотерапией с любым индивидуальным средством.
Продолжение таблицы				
№	Название, описание	Год	Пациенты, место, срок наблюдения	Выводы
13	Swedish Diltiazem-Metoprolol Multicentre Study Group. Шведское многоцентровое сравнение дилтиазема и метопролола.	1991	128 человек, 10 центров Швеции, 4 недели	Дилтиазем и метопролол в сут.дозах 120-360мг и 50-200мг, соответственно, сопоставимо уменьшают постоянное АД и измеренное в положении лежа. Но в то же время, с увеличением доз дилтиазема субъективно состояние улучшалось, а для метопролола наблюдалась отрицательная тенденция. Заключается, что дилтиазем, назначаемый в качестве монотерапии не ухудшает качества жизни.
14	Монотерапия дилтиаземом системной гипертензии. Многоцентровое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование	1986	77 человек, 12 недель	Дилтиазем в дозе 360 мг/сут. был эффективен у 85% пациентов. Более высокая эффективность для пожилых пациентов. Количество побочных эффектов сопоставимо с плацебо (источник 56 наша папка)



**Результаты суточного мониторинга артериального давления:**

Дилтиазем Ланнахер эффективно и наиболее физиологически снижает систолическое и диастолическое артериальное давление в течение 24 часов

Дилтиазем не приводит к рефлекторной активации симпатической нервной системы

Дилтиазем нормализует частоту сердечных сокращений

Дилтиазем приводит к улучшению суточного профиля артериального давления и предпочтителен при **всех типах суточного профиля артериального давления:** "non-dippers", "night-peakers", "over-dippers".

Дилтиазем не нарушает исходный суточный ритм артериального давления.

**Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД).**

**Применения Дилтиазема (90 и дилтиазема 180 Ланнахер) у больных с АГ и СД[8].**

**➤ Полученные данные:**

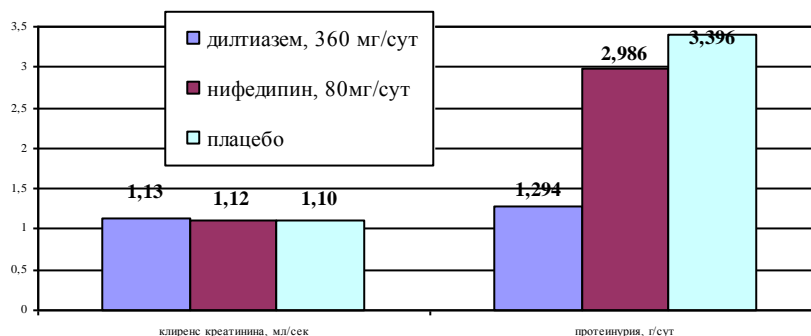
• 1. Коррекция АГ у больных СД под влиянием различных препаратов.

**❖ Эффективное снижение АД достигается при использовании:**

- Монотерапии дилтиаземом (90 или 180 мг), чаще по 90 мг 2 раза в день - у 5 пациентов
- Комбинированной терапии дилтиазем + эналаприл - у 10 пациентов
- Комбинированной терапии дилтиазем + эналаприл + арифон - у 1 пациента
- Микропротеинурия после лечения снизилось на 25%
- Следует заметить также, что АК (дилтиазем) не вызывает метаболических нарушений в организме: они не влияют на уровень глюкозы и мочевой кислоты (как диуретики) и не влияют на уровень калия (как диуретики и ингибиторы АПФ). АК не вызывают таких неприятных побочных действий, как кашель (как ингибиторы АПФ) либо нарушения сексуальной функции (как бета-адреноблокаторы и диуретики) [4,5,6].

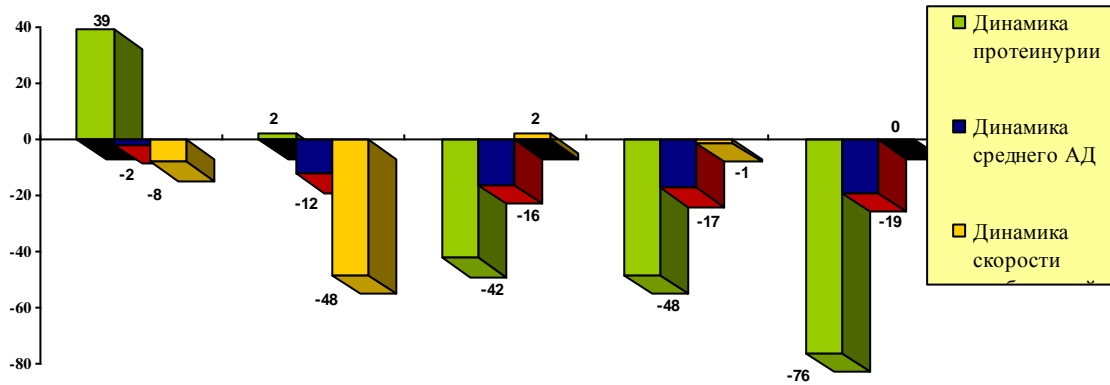
**Защита почек под влиянием дилтиазема  
Механизм нефропротекции**

- Защита клеток от перегрузки Ca<sup>++</sup>
- Расширение почечных артерий
- Снижение проницаемости гломерулярной мембраны
- Снижение протеинурии
- Снижение клубочковой гипертрофии
- Торможение нефросклероза
- Повышение эффективного почечного плазмотока
- Повышение клубочковой фильтрации
- Увеличение количества функционирующих нефронов





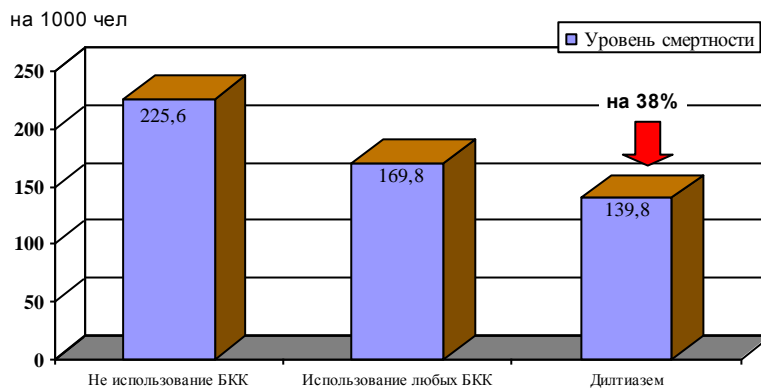
**Динамика показателей функционального состояния почек  
на фоне применения различных гипотензивных препаратов**



### Отчетливая нефропротекция Дилтиазема

Результаты исследования United States Renal Database System Dialysis Morbidity and Mortality Study Wave II (USRDS DMMS II).

Участвовало 3716 больных с терминальной стадией хронических болезней почек на диализе [7]



### Добавочные эффекты дилтиазема и лизиноприла при лечении пожилых пациентов с умеренной гипертензией.

- Проводилось мультицентровое, двойное - слепое, плацебо-контролируемое испытание с многофакториальным дизайном, чтобы оценить безопасность и эффективность блокатора кальциевого канала дилтиазема, в форме препарата с замедленным высвобождением, и ингибитора ангиотензин-превращающего фермента лизиноприла при лечении пожилых Китайских пациентов с умеренной гипертензией.
- Комбинация дилтиазема 240 мг и лизиноприла 10 мг была значительно более эффективна при сокращении кровяного давления чем любое лекарственное средство в качестве монотерапии; этот добавочный эффект не приводил к более высоким количествам не-

благоприятных эффектов или ухудшению качества жизни. Таким образом, комбинированная терапия с этими средствами хорошо переносилась и заканчивалась повышенной эффективностью у пожилых пациентов [8].

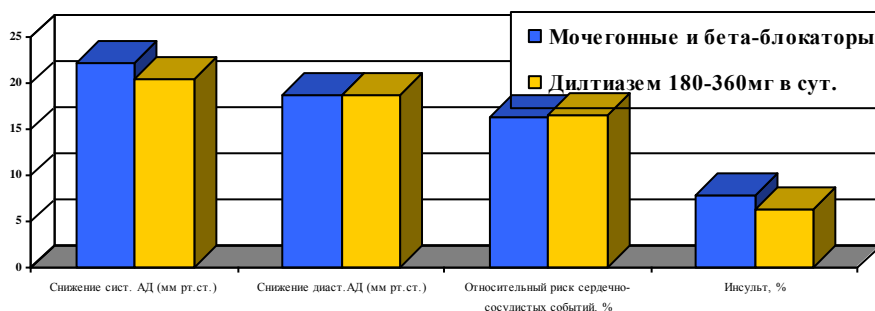
Дилтиазем Ланнахер

❖ У пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертензией обеспечивает:

- Высокую терапевтическую эффективность - до 83,3%
- Не развивает толерантность к препарату при длительном лечении
- Не задерживает натрий и воду
- Нет эффекта "первой дозы"
- Метаболически нейтрален

### Дилтиазем при артериальной гипертензии. Результаты исследования NORDIL

Принимало участие 10 881 пациентов в возрасте 50-74 лет в 480 центрах в течение 7 лет (1992-1999гг)



Дилтиазем эффективно сочетается с различными группами лекарственных препаратов

Группы препаратов	Дилтиазем
Нитраты короткого и пролонгированного действия	+
Ингибиторы АПФ	+
Антагонисты рецепторов ангиотензина II	+
Диуретики с различными механизмами действия	+
Антагонисты кальция из группы дигидропиридинов	+
Антикоагулянты и дезагреганты	+
Гиполипидемические препараты (статины)	+
Сахароснижающие препараты	+
Сердечные гликозиды (с уменьшением дозы последних)	+
Иммунодепрессанты для уменьшения их нефротоксичности	+
Антидепрессанты, транквилизаторы	+

Новая терапевтическая система доставки медленно-высвобождающегося дилтиазема:

Оптимальная доза в таблетке 180 мг

- Сбалансированное влияние на сердце и сосуды
- Нет рефлекторной тахикардии
- Не вызывает ортостатической и клиностатической гипотензии

□ Безопасен у пожилых больных с ИБС и артериальной гипертензией

- Физиологическое снижение артериального давления в дневные и ночные часы при всех типах суточного ритма АД

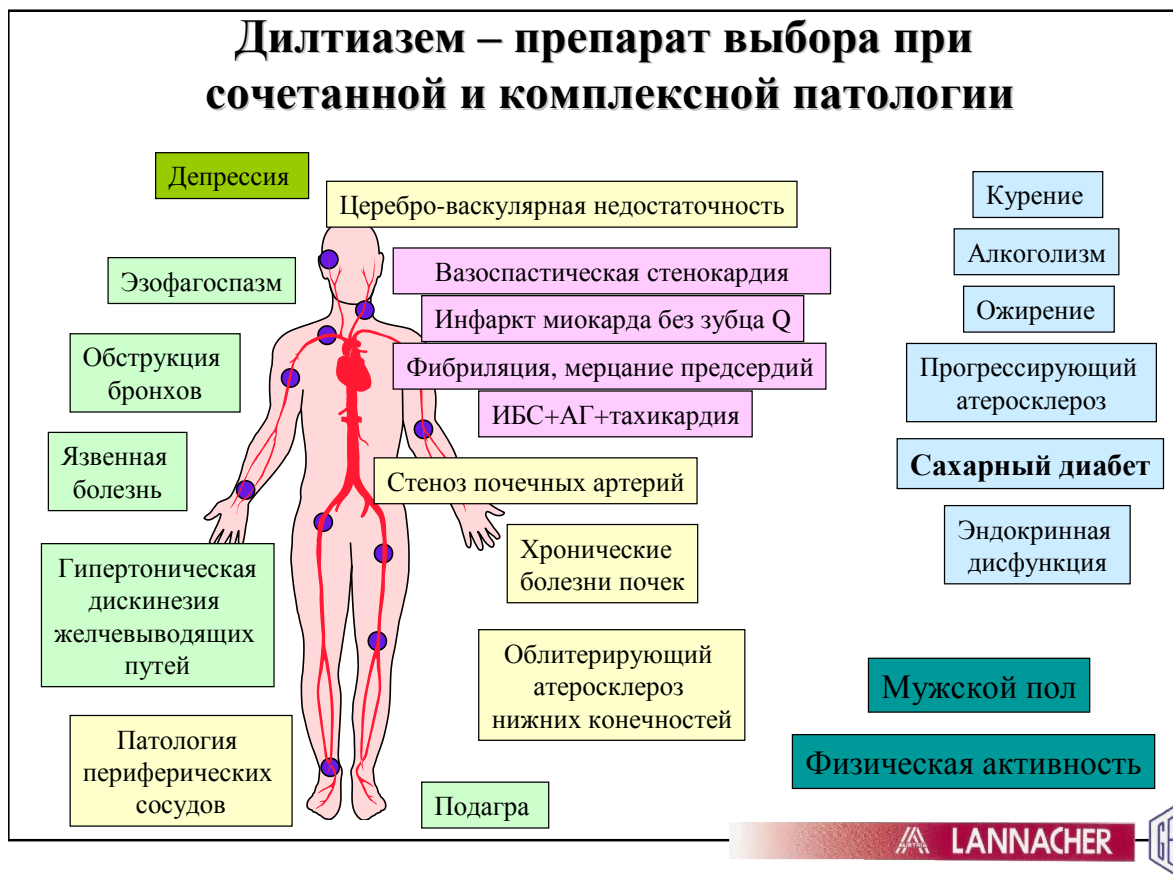
• Нормализует суточную вариабельность артериального давления

□ Коррекция биологического ритма и уровня АД

- Не ухудшает липидный профиль плазмы крови
- Не влияет на толерантность к глюкозе
- Не влияет на содержание калия и натрия в крови

□ Метаболически нейтрален

- Доказанный кардиопротективный эффект
- Высокая антиангинальная активность

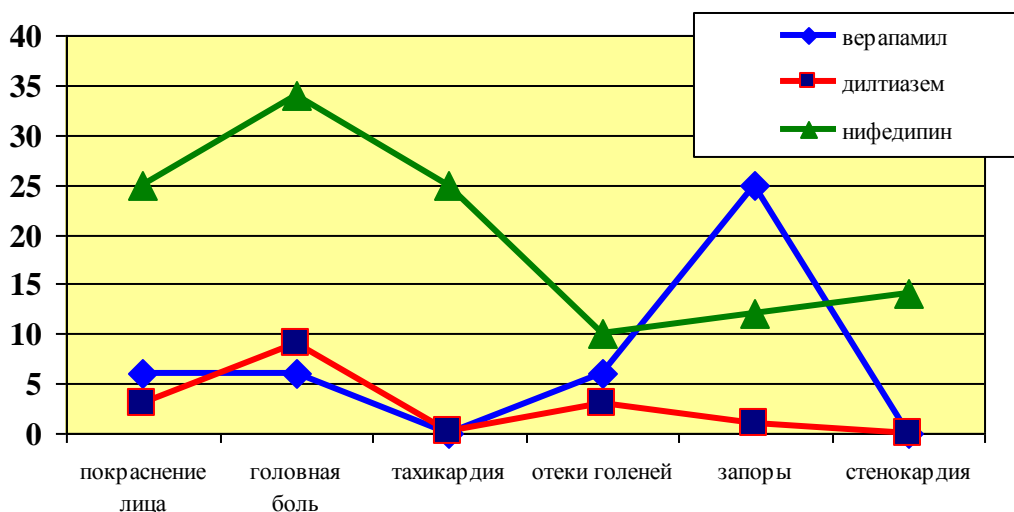


**Противопоказания к назначению дилтиазема**

- ЧСС меньше 55 ударов в минуту.
- Систолическое давление ниже 90 мм рт.ст.
- Атриовентрикулярная блокада II – III степени.
- Острая и хроническая сердечная недостаточность II Б – III стадии.

- Кардиогенный шок.
- Повышенная чувствительность к препарату.
- Выраженные нарушения функции печени.
- Беременность, лактация, детский возраст.

Побочные эффекты при лечении антагонистами кальция [9].



**Дилтиазем Ланнахер оказывает:**

- Кардиопротекторное действие с антиоксидантным эффектом (снижает активность протеолитических ферментов, ограничивает апоптоз)
- Ангиопротекторное действие (защищает эндотелий, стимулирует эндотелий зависимое расслабление)
- Антиагрегантное действие (уменьшает Ca-зависимую активацию тромбоцитов)
- Антиатерогенное действие (препятствует образованию атеросклеротической бляшки)
- Нефропротекторное действие (снижает протеинурию, улучшает почечный кровоток)
- Цереброваскулярный эффект (улучшает мозговой кровоток)

**Дилтиазем-Ланнахер таблетки-ретард 90мг, 180 мг, круглосуточный контроль гемодинамики. Преимущества формы «ретард»**



**Литература:**

1. Fleckenstein A., Tritthart H., Fleckenstein B., Herbst A., Grun G. Eine neue Gruppe kompetitiver Ca++ - Antagonisten (Iproveratril, D6000, Prenylamin) mit starken Hemeffekten auf die elektromechanische Koppelung im Warmbluter-myocard // Pflugers Arch 1969: 307: R25.
2. Deanfield JE, Maseri A, Selwin AP. Myocardial ischemia during daily life in patients with stable angina: its relation to symptoms and heart rate changes. Lancet 1983;1:753-8.
3. Fleckenstein A., Tritthart H., Fleckenstein B., Herbst A., Grun G. Eine neue Gruppe kompetitiver Ca++ - Antagonisten (Iproveratril, D6000, Prenylamin) mit starken Hemeffekten auf die elektromechanische Koppelung im Warmbluter-myocard // Pflugers Arch 1969: 307: R25.
4. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Lancet 2000;356:1955-64.
5. Hansson L, Hedner T, Lund-Johansen P, Kjeldsen SE, и др. Lancet. 2000 Jul 29;356(9227):359-65.
6. Pahor M, Psaty BM, Alderman MH et al. Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line antihypertensive therapies: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet 2000;356:1949-54.
7. Steffox HT, Chua G, O'Rourke K, Detsky AS. Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists. New Engl J Med 1998;338:101-6.
8. Шестакова М.В. Эндокринологический научный центр РАМН, Москва, 2001 Терапевтический архив, 2001г №6
9. Добронравов В.А., Царькова О.В., «Блокаторы кальциевых каналов в нефропротекции», Нефрология 2004, т.8 №1, с.7-21

УДК 616.12-008.46

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ХСН)****Л.К. Каражанова, д.м.н., профессор****Государственный медицинский университет города Семей****Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, этиология, диагностика, лечение.**Тұжырым  
СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМІ (СЖЖ)****Л.Қ. Қаражанова**

Аталған дәрісте созылмалы жүрек жетіспеушілігінің өзектілігі, анықтамасы, негізгі принциптері мен диагностикалық критерилері берілген. СЖЖ медикаментозды емі мен хирургиялық және электрофизиологиялық әдістері ашып жазылған.

**Шешуші сөздер:** созылмалы жүрек жетіспеушілігі, этиологиясы, диагностикасы, емі.**Summary  
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE (CHF)****L.K. Karazhanova**

This lecture consist of actuality, definition, main etiological factors of chronic heart failure and diagnostic criteria. And there is medicamentous therapy and principles of surgical and electrophysiological methods of treatment of CHF in this lecture.

**Key words:** chronic heart failure, etiology, diagnosis, treatment

Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) с возрастом значительно увеличивается: в возрастной группе от 20 до 29 лет составляет 0,3% случаев, а в возрастной группе старше 80 лет ХСН имеют почти 75% респондентов. Среди мужчин распространенность ХСН выше, чем среди женщин в возрастных группах до 60 лет, что ассоциируется с более ранней заболеваемостью АГ и ИБС у мужчин [7,9,10].

За счет большей продолжительности жизни число женщин, имеющих ХСН, в 2,6 раза превосходит число мужчин (72% против 28%).

В исследовании Euro Heart Survey, проводившемся в 14 странах Европы, включая РФ, впервые особое внимание было уделено появлению большого числа пациентов с ХСН и нормальной (ФВ>50%) систолической функцией сердца. По данным исследования ЭПОХА-О-ХСН, в РФ 56,8% пациентов с очевидной ХСН имеют практически нормальную сократимость миокарда (ФВ ЛЖ>50%). Исследования, проводившиеся в США, продемонстрировали постоянное увеличение числа таких больных, что позволило определить проблему ХСН с сохранной систолической функцией сердца (ХСН—ССФ), как одну из неинфекционных эпидемий XXI века. К этой категории больных ХСН в основном относятся женщины более старшего возраста с плохо лечеными АГ и/или СД. При этом среди женщин встречаемость ХСН-ССФ достигает 68% [11-14].

Среди пациентов с ХСН I-IV ФК средняя годовая смертность составляет 6%. При этом однолетняя смертность больных с клинически выраженной ХСН достигает 12%.

Декомпенсация ХСН является причиной госпитализаций в стационары, имеющие кардиологические отделения, почти каждого второго больного (49%), а ХСН фигурировала в диагнозе у 92% госпитализированных в такие стационары.

Формулировка, данная в Европейских рекомендациях по диагностике и лечению ХСН, определяет СН. «Как патофизиологический синдром, при котором в результате того или иного заболевания сердечно-сосудистой системы происходит снижение насосной функции, что приводит к дисбалансу между гемодинамической потребностью организма и возможностями сердца» [1,2].

Острую декомпенсацию ХСН (ОДСН) следует расценивать, как самостоятельный синдром. Как правило, она является следствием длительно текущей сердечно-сосудистой патологии и проявляется усилением/появлением одышки, отеков, слабости, чувства тревоги. Острую декомпенсацию ХСН необходимо четко разграничивать с острой СН. Также ОДСН следует отличать от прогрессирования ХСН, которую можно лечить амбулаторно, увеличивая дозу принимаемого больным диуретика, ограничивая потребление жидкости.

**Принципы диагностики ХСН**

Таким образом, с современных клинических позиции ХСН представляет собой заболевание с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость и снижение физической активности, отеки и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке и часто с задержкой жидкости в организме.

**Основные причины сердечной недостаточности, связанные с поражением сердечной мышцы (заболеванием миокарда) [15-18].**

Ишемическая болезнь сердца	Множество клинических проявлений
Артериальная гипертензия	Часто ассоциируется с гипертрофией левого желудочка и сохранной фракцией выброса
Кардиомиопатии	Семейные/генетические или несемейные/ негенетические (и т.ч. приобретенные, например, миокардит)
	Гипертрофическая (ГКМП), дилатационная (ДКМП), рестриктивная (РКМП), аритмогенная диспазия правого желудочка (АДПЖ): неклассифицированные
Препараты	β-блокаторы, антагонисты кальция, антиаритмические, цитотоксические препараты
Токсины	Алкоголь, лекарственные препараты, кокаин, микроэлементы (ртуть, кобальт, мышьяк)
Эндокринные заболевания	Сахарный диабет, гипо-/гипертиреоз, синдром Кушинга, недостаточность надпочечников, акромегалия, феохромоцитома
Нарушения питания	Дефицит тиамина, селена, карнитина Ожирение, кахексия

*Продолжение таблицы*

Инфильтративные заболевания	Саркоидоз, амилоидоз, гемохроматоз, коллагенозы
Прочие	Болезнь Чагаса, ВИЧ-инфекция, послеродовая кардиомиопатия, терминальная почечная недостаточность
1. Наличие симптомов и/или клинических признаков СН (в покое или при нагрузке)	
2. Наличие объективных признаков дисфункции сердца (в покое)	
3. Положительный ответ на терапию ХСН	

**Критерии, используемые при определении диагноза ХСН**

I. Симптомы (жалобы)	II. Клинические признаки	III. Объективные признаки дисфункции сердца
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одышка (от незначительной до удушья)</li> <li>• Быстрая утомляемость</li> <li>• Сердцебиение</li> <li>• Кашель</li> <li>• Ортопноэ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Застой в легких (хрипы, рентгенологическая картина)</li> <li>• Периферические отеки</li> <li>• Тахикардия (&gt;90—100 уд/мин)</li> <li>• Набухшие яремные вены</li> <li>• Гепатомегалия</li> <li>• Ритм галопа(S3)</li> <li>• Кардиомегалия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭКГ, рентгенография грудной клетки</li> <li>• Систолическая дисфункция (↓сократимости)</li> <li>• Диастолическая дисфункция (доплер-ЭхоКГ, ↑ДЗЛЖ)</li> <li>• Гиперактивность НУП</li> </ul>

Опорными точками в постановке диагноза ХСН являются:

- 1. Характерные симптомы СН или жалобы больного.
- 2. Данные физикального обследования (осмотр, пальпация, аускультация) или клинические признаки.
- 3. Данные объективных (инструментальных) методов обследования

*Электрокардиография*

Это самый доступный инструментальный метод, позволяющий объективно оценить состояние сердца.

Дисфункция миокарда так или иначе всегда найдет отражение на ЭКГ; нормальная ЭКГ при ХСН - исключение из правил (отрицательное предсказующее значение >90%).

Наиболее частым отклонением от нормы на стандартной ЭКГ у больных ХСН являются признаки гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) и отклонение электрической оси сердца влево, которые встречаются у 50—70% обследованных. Преобладание этих ЭКГ признаков может быть проявлением того, что АГ является одной из частых причин или одним из частых сопутствующих заболеваний у больных СН.

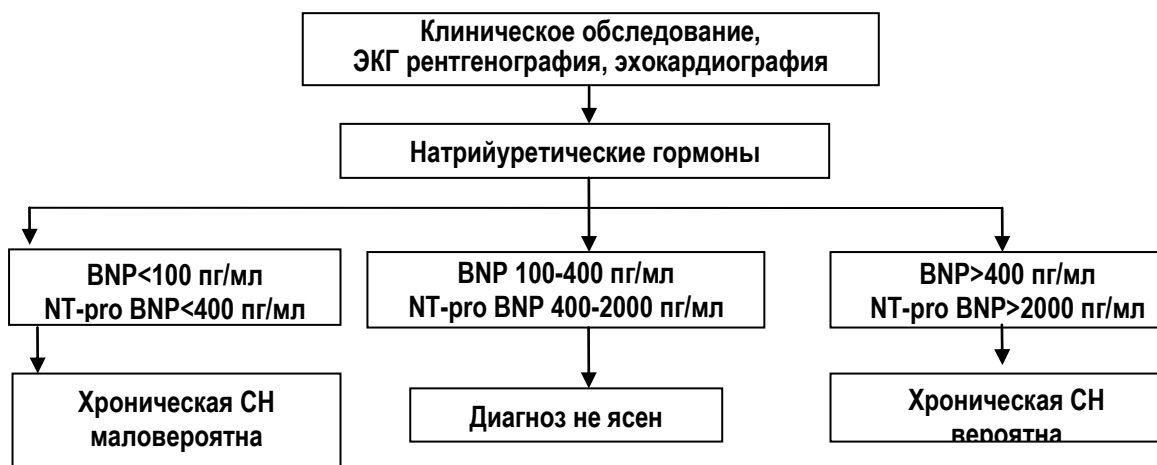
Наиболее важными для объективизации ХСН служат: признаки рубцового поражения миокарда, блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) при ИБС, как предикто-

ры низкой сократимости ЛЖ; ЭКГ признаки перегрузки левого предсердия (ЛП) и ГЛЖ - свидетельство как систолической, так и диастолической дисфункции (но при низкой прогностической ценности) [3-4].

*Натрийуретические гормоны*

Натрийуретические гормоны используют в качестве биологических маркеров при диагностике СН, а также для контроля за эффективностью лечения больных с диагностированной ХСН. По уровню натрийуретических гормонов в плазме крови можно судить о наличии/отсутствии СН, стадии заболевания, принимать решения о необходимости госпитализации больного и сроке его выписки из стационара. Для диагностики СН и контроля за эффективностью лечения обычно используют тест на определение уровня мозгового натрийуретического гормона (BNP) и его N-концевого предшественника (NT-proBNP) (рис.1). Содержание этих гормонов повышается в ответ на увеличение миокардиального стресса. У больных с сохранной систолической функцией ЛЖ уровень мозговых гормонов, как правило, ниже, чем у больных с систолической дисфункцией.

Алгоритм диагностики СН по уровню натрийуретических гормонов у нелеченных больных с симптомами, характерными для СН



С практической точки зрения для дифференциации больных с систолической дисфункцией и с сохранной систолической функцией ЛЖ наиболее значимым ЭхоКГ показателем является ФВ ЛЖ.

Важно помнить, что сохраненная ФВ ЛЖ не исключает наличия СН и что в российской популяции более половины всех пациентов с СН имеют показатель ФВЛЖ>50% [5-6].

- Другие функциональные методы диагностики ХСН:
- Чреспищеводная ЭхоКГ
  - Стресс-ЭхоКГ
  - Магнитно-резонансная томография

- Радиоизотопные методы
- Оценка функции легких
- Нагрузочные тесты

**Параметры физической активности и потребления кислорода у больных с различными ФК ХСН (по NYHA)**

ФК ХСН по NYHA	Дистанция 6-минутной ходьбы, м	Потребление кислорода. (VO <sub>2</sub> max) мл х кг <sup>-1</sup> х мин <sup>-1</sup>
0	>551	>22,1
1	426-550	18,1-22,0
2	301-425	14,1-18,0
3	151-300	10,1-14,0
4	<150	<10

**Лечение ХСН**

Можно сформулировать 6 очевидных целей при лечении ХСН:

- Предотвращение развития симптомной ХСН (для I стадии ХСН)
- Устранение симптомов ХСН [для стадии IIA-III]
- Замедление прогрессирования болезни путем защиты сердца и других органов—мишеней (мозг, почки, сосуды) [для стадий I-III]
- Улучшение качества жизни [для стадий IIA—III]
- Уменьшение госпитализаций (и расходов) [для стадий I -Ш]

- Улучшение прогноза [для стадий I - III]
- Существует шесть путей достижения поставленных целей при лечении декомпенсации:

- Диета
- Режим физической активности
- Психологическая реабилитация, организация врачебного контроля, школ для больных ХСН
- Медикаментозная терапия
- Электрофизиологические методы терапии
- Хирургические, механические методы лечения

**Препараты для лечения ХСН**

**ОСНОВНЫЕ**

Их эффект на клинику, КЖ и прогноз доказан и сомнений не вызывает

1. Ингибиторы АПФ
2. АРА 3.p-АБ
4. Антагонисты альдо стер она
5. Диуретики
6. Гликозиды
7. ω-ЗПНЖК

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ**

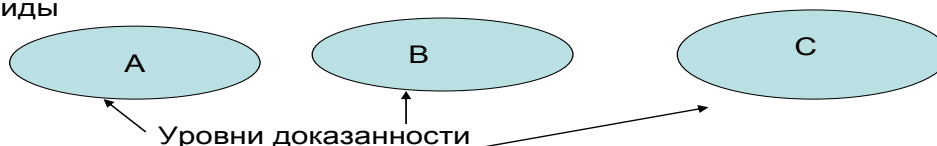
Эффективность и безо-пасность исследованы, но требуют уточнения

1. Статины (только при ИБС)
2. Антикоагулянты

**ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ**

Влияние на прогноз неизвестно, применение диктуется клиникой

- 1.ПБД
2. БМКК
3. Антиаритмики
4. Аспирин
5. (+) инотропные



**Медикаментозное лечение ХСН. Общие принципы**

1. Ингибиторы АПФ.
2. Антагонисты рецепторов к А II,
3. (β-адреноблокаторы β-АБ) - нейрогормональные модуляторы, применяемые «сверху» (дополнительно) к и АПФ.
4. Антагонисты рецепторов к альдостерону,
5. Диуретики
6. Сердечные гликозиды - в малых дозах.

**7. Этиловые эфиры**

Итак, к основным средствам лечения ХСН относятся 7 классов лекарственных средств. По сравнению с рекомендациями 2003 и 2006 годов повышен «статус» антагонистов рецепторов к ангиотензину II (АРА), в первую очередь кандесартана, эффективность которого подтверждена в многоцентровой многонациональной программе CHARM

**Дозировки иАПФ для лечения ХСН (в мг x кратность приема)**

Препараты	Стартовая доза	Стартовая доза (при гипотонии)	Терапевтическая доза	Максимальная доза
Эналаприл	2,5x2	1,25x2	10x2	20x2
Каптоприл	6,25x3(2)**	3,125x3(2)	25x3(2)	50 x 3 (2)
Фозиноприл	5x1 (2)	2,5x1 (2)	10-20x1 (2)	20x1 (2)
Периндоприл	2x1	1x1	4x1	8x1
Лизиноприл	2,5x1	1,25x1	10x1	20x1*
Рамиприл	2,5x2	1,25x2	5x2	5x2
Спиреприл	3x1	1,5x1	3x1	6x1
Трандолаприл	1x1	0,5x1	2x1	4x1
Хипаприл	5x1 (2)	2,5x1 (2)	10-20x1 (2)	40x1 (2)
Зофеноприл	7,5x1 (2)	3,75 x 1 (2)	15 x 1 (2)	30 x 1 (2)

**Блокаторы β-адренергических рецепторов**

- уменьшать дисфункцию и смерть кардиомиоцитов как путем некроза, так и апоптоза;
- уменьшать число гибернирующих (находящихся в «спячке») кардиомиоцитов;
- при длительном применении за счет увеличения зон сокращающегося миокарда улучшать показатели гемодинамики;
- повышать плотность и аффинность β-адренорецепторов, которые резко снижена у больных ХСН;

- уменьшать гипертрофию миокарда;
- снижать ЧСС, что является «зеркалом» успешного применения β - АБ у больных ХСН. Уменьшение ЧСС минимум на 15% от исходной величины характеризует правильное лечение β - АБ больных ХСН;
- уменьшать степень ишемии миокарда в покое и, особенно при физической активности;
- несколько уменьшать частоту желудочковых аритмий;
- оказывать антифибрилляторное действие, что снижает риск внезапной смерти [7-8].

**Дозы БАБ для лечения больных ХСН**

Препарат	Стартовая доза	Терапевтическая доза	Максимальная доза
Бисопролол	1,25 мг x 1	10 мг x 1	10 мг x 1
Метопролол сулцинат	12,5 мг x 1	100 мг x 1	200 мг x 1
Карведилол	3,125 мг x 2	25 мг x 2	25 мг x 2
Небиволол*	1,25 мг x 1	10 мг x 1	10 мг x 1

**Диуретические (мочегонные) средства в лечении ХСН**

1. Избыточная жидкость сначала должна быть переведена из внеклеточного пространства в сосудистое русло.
2. Необходима доставка этой избыточной жидкости к почкам и обеспечение ее фильтрации.
3. При попадании первичной мочи в почечные канальцы должна быть блокирована реабсорбция, что обеспечит избыточное выведение жидкости из организма. Только при выполнении трех перечисленных условий удастся достичь положительного диуреза и начнется процесс дегидратации.
4. Большинство диуретиков (кроме торасемида) не замедляют прогрессирования ХСН и не улучшают прогноза больных. Их влияние на качество жизни при неправильном назначении (ударные дозы раз в 3-4-5-7 дней) может быть даже негативным.
5. Лечение мочегонными средствами начинается лишь при клинических признаках застоя (II A стадия, II

ФК по классификации ОССН). Впрочем мочегонными не печат, т. к. они, как сказано выше, не замедляют прогрессирования ХСН.

6. Лечение мочегонными начинается с применения слабейшего из эффективных у данного конкретного больного препаратов.

7. Лечение необходимо начинать с малых доз (особенно у больных, не получавших ранее мочегонных препаратов), в последующем подбирая дозу по принципу quantum satis.

8. Диуретики разделяются на группы соответственно локализации действия в нефроне.

9. Основную роль в лечении отечного синдрома у больных ХСН играют тиазидные и петлевые диуретики.

10. Тиазидные диуретики (гипотиазид) нарушают реабсорбцию натрия и кортикальном сегменте восходящей части петли Генле и в начальной части дистальных канальцев.

**Показания. Дозировки и продолжительность действия диуретиков при лечении больных ХСН**

Препараты	Показания	Стартовая доза	Максимальная доза	Длительность действия	
Тиазидные	Гидрохлоротиазид	II-III ФК(СКФ >30мл/ мин)	25мг x 1-2	200 мг x см	6-12час
	Индапамид СР	IIФК(СКФ>30 мл/мин)		4,5 мг /сут	36 час
	Хлорталидон	IIФК(СКФ>30 мл/мин)	12,5 мг x 1	100 мг/сут	24-72 часа
Петлевые	Фуросемид	II-IVФК (СКФ>5 мл/мин)	20мг x1-2	600 мг/сут	6-8 час
	Буметанид	П-IVФК (СКФ>5 мл/мин)	0,5мг x1-2	10 мг/сут	4-6 час
	Этакриновая к-та	П-IVФК(СКФ>5 мл/мин)	25мг x1-2	200 мг/сут	6-8 час
	Торасемид*	I- II ФК	2.5 мг x 1	5 мг x 1	12-16 час
	Торасемид	П-IVФК<СКФ>5 мл/мин)	10 мг x 1	200 мг/сут	12-16 час
ИКАГ	Ацетазолам ид	Легочно-сердечная недостаточность, апноэ сна, устойчивость к активным диуретикам (алкалоз)	0,25 мг x 1 - 3-4 дня с перерывами 10-14 дней	0,75 мг/сут	12 час
Калийсберегающие	Спиронолактон	Декомпенсация ХСН Гипокалиемия	50мг x 2 50мг x 2	300 мг/сут 200 мг/сут	до 72 час 8-10 час
	Триамтерен				



Алгоритм назначения диуретиков (в зависимости от тяжести ХСН) представляется следующим:

I ФК — не лечить мочегонными  
II ФК (без застоя) - малые дозы торасемида (2,5-5 мг)

II ФК (застой) — тиазидные (петлевые) диуретики + спи-ронолактон 100—150 мг

III ФК (поддерживающее лечение) - петлевые (лучше торасемид) ежедневно в дозах, достаточных для поддержания сбалансированного диуреза + спи-ронолактон (малые дозы) + ацетазоламид (по 0,25 мг x 3 раза/сут в течение 3-4 дней раз в 2 недели)

III ФК (декомпенсация) - петлевые (лучше торасемид) + тиазидные + антагонисты альдостерона, в дозах 100- 300 мг/сут + ИКАГ

IV ФК - петлевые (иногда дважды в сутки или в/в капельное в высоких дозах) + тиазидные + антагонисты альдостерона + ингибиторы карбоангидразы (ацетазоламид по 0,25 мг x 3 раза/сут в течение 3-4 дней раз в 2 недели) + при необходимости изолированная ультра фильтрация и/или механическое удаление жидкости [23-24].

*Эфиры омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (Омакор)*

- Блокада натрий-кальциевого насоса в кардиомиоцитах

- Блокада позднего натриевого тока
- Блокада кальциевых каналов L-типа
- Антагонизм к рецепторам растяжения (при повышенном миокардиальном стрессе)

- Способность уменьшать образование «пенных клеток» и воспаления на поверхности атеросклеротической бляшки

- Снижение образования свободных радикалов и уменьшение реперфузионных нарушений

- Улучшение синтеза энергии в митохондриях
- Снижение ЧСС (~2 уд/мин) и потребления O<sub>2</sub>

- В 1999 году в исследовании GISSI-Prevenzione больных с ОИМ применение Омакора в дозе 1 г/сут позволило увеличить индекс омега-3 ПНЖК с 3-4 до 9-10%, что сопровождалось достоверным снижением риска внезапной смерти на 40% и уменьшением риска общей смерти. В 2008 году в многоцентровом двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании GISSI-HF Омакор в дозе г/сут применялся больным ХСН на фоне оптимальной терапии (иАПФ или АРА + β-АБ + антагонисты альдостерона + диуретики + дигоксин).

Применение Омакора в дозе 1 г/сут рекомендуется всем больным ХСН в дополнение к основным средствам лечения декомпенсации [19-22].

*Левосимендан*

Кальциевый сенситизатор, применение которого у пациентов с ОДСН увеличивает сердечный выброс и ударный объем, а также снижает давление в легочной артерии, системное и легочное сосудистое сопротивление. Эффект левосимендана сохраняется в течение месяца. Препарат является альтернативой для пациентов, находящихся на терапии β-АБ, так как не конкурирует за связь с β-рецепторами. Левосимендан назначается: болюсом в дозе 3-12 мкг/кг в течение 10 минут, с последующей инфузией 0,05-0,2 мкг/кг/мин в течение 24 часов. У пациентов с АД менее 100 ммрт.ст. должен назначаться без болюсной дозы во избежание гипотензии (класс рекомендаций IIa, уровень доказанности Б).

**Хирургические и электрофизиологические методы лечения ХСН**

### **Электрофизиологические методы лечения ХСН**

1. Постановке (имплантации) обычных электрокардиостимуляторов (ЭКС), что актуально для пациентов с синдромом слабости синусового узла и АВ-блокады (см. рекомендации ВНОА по имплантации ЭКС, 2005,2009).

2. Развитие этого направления привело к внедрению метода так называемой сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ).

3. Наконец, последней является постановка имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) больным ХСН и опасными для жизни желудочковыми нарушениями ритма сердца — желудочковой тахикардией или фибрилляцией желудочков сердца. Следует отметить, что применение всех электрофизиологических методов лечения ХСН должно начинаться только на фоне максимальной активной терапии при ее недостаточной эффективности. Это не альтернатива, а дополнение к максимально активной терапии больных. Имплантация устройств СРТ и ИКД рекомендуется больным, которые не только находятся на оптимальной медикаментозной терапии по поводу СН, но и могут иметь достаточно высокий уровень качества жизни и ее продолжительность не менее одного года после имплантации устройства [25-30].

### **Литература:**

1. Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: full text (update 2005) The Task Force for the diagnosis and treatment of CHF of the European Society of Cardiology. Eur Heart J.2005;26(22):2472.

2. Dickstein K, Cohen-Solal A. Filippatos G et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: (he Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (UFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J. 2008;29(19):2388-2442.

3. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН (Утверждены съездом кардиологов РФ в октябре 2003 г.) Журнал Сердечная Недостаточность. 2003;4 (6):276-297.

4. Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т., Арутюнов Г. П. и др. Национальные Рекомендации БНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). Журнал Сердечная Недостаточность. 2007;8 (1):4-41.

5. Агеев Ф.Т., Беленков Ю.Н., Фомин И.И. и пр. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации - данные ЭПОХА-ХСН. Журнал Сердечная Недостаточность. 2006;7 (1): 112-115.

6. Мареев В. Ю., Даниелян М.О., Беленков Ю.Н. От имени рабочей группы исследовании ЭПОХА-О-ХСН. Сравнительная характеристика больных с ХСН в зависимости от величины ФВ по результатам Российского многоцентрового исследования ЭПОХА-О-ХСН. Журнал Сердечная Недостаточность. 2006;7 (41):164-171.

7. Фомин И.В. Эпидемиологии хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации. В кн.: Хроническая сердечная недостаточность [Агеев Ф.Т. и соавт.] М.ТЭОТАР-Медиа, 2010. -с. 7-77.

8. Фомин И.В., Бадин Ю.В., Егорова И.С. Щербинина Е.В. Тендерные различия в распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (данные когортного исследования репрезентативной выборки Нижегород-

ской области 1998-2002 гг.). Проблемы женского здоровья. 2006;1:37-40.

9. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования национальной эпидемиологической практики (по обращаемости) -ЭПОХА-0-ХСН. Журнал Сердечная Недостаточность. 2003;4(3):116-121.

10. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-0-ХСН), Журнал Сердечная Недостаточность. 2004;5 (1):4-7.

11. Yusuf S, Sleight P, Pogue J et al. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. N Engl J Med. 2000;342 (3):145-153.

12. Mochizuki S, Dahlof B, Shimizu M et al. Valsartan in a Japanese population with hypertension and other cardiovascular disease (Jikei Heart Study): a randomised, open-label, blinded endpoint morbidity-mortality study. Lancet. 2007;369 (9571): 1431-1439.

13. Малахов В.В., Гарбусенко С. А., Сергиенко И. В. исоавт. Метод наружной контрпульсации в лечении больных сердечной недостаточностью. Кардиологический вестник 2008;3 (15):22-27.

14. Granger CB, McMurrayJJ, Yusuf S et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM - Alternative trial. Lancet. 2003;362 (9386):772-776.

15. McMurray JJ, Ostergren J, Swedberg K et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM - Added trial. Lancet. 2003;362 (9386):767-771

16. Keyhan G, Chen S, Pilote L. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and survival in women and men with heart failure. Eur J Heart Fail. 2007;9 (6-7):594-601.

17. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Применение викалофенака и целебрекса у пациентов с артериальной гипертензией и болями и нижней части спины на фоне гипотензивной терапии акупро или норваском (исследование ДОЦЕНТ). Журнал Сердечная недостаточность. 2005,6 (33): 204-208.

18. Dickstein K, Kjeldshus J; OPTIMAAL Steering Committee of the OPTIMAAL Study Group. Effects of losartan and captopril on mortality and morbidity in high-risk patients after acute myocardial infarction: The OPTIMAAL. randomised trial. Optimal Trial in Myocardial Infarction with Angiotensin II Antagonist Losartan. Lancet. 2002;360 (9335):752-760.

19. Pitt H, Poole-Wilson P, Segal R et al. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomised trial: the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. Lancet. 2000;355 (9215):1527-1532.

20. Скворцов А.А., Насонова С.Н., Сычен А.В. и др. Комбинированное применение ингибитора ангиотен-

зинпревращающего фермента квинаприл и блокатора рецепторов 1-го типа к ангиотензину II валсартану больных с умеренной хронической сердечной недостаточностью: возможно ли повышение степени нейрогормональной блокады и улучшение параметров суточной variability ритма сердца по сравнению с действием монотерапии (по результатам исследования САДКО-ХСН). Тер. Архив. 2005;77 111:34-43,

21. Erhardt L, MacLean A, Ilgenfritz J et al, Fosinopril attenuates clinical deterioration and Improves exercise tolerance in patients with heart failure. Eur Heart J. 1995;16 (12):1892-1899.

22. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Скворцов А.А. и др. Клинико-гемодинамические и нейрогормональные эффекты длительной терапии бета-адреноблокатором бисопрололом больных с тяжелой хронической сердечной недостаточностью. Кардиология, 2003;43 (10): 11-22.

23. Olsen SL, Gilbert EM, Renlund DG et al, Carvedilol improves left ventricular function and symptoms in chronic heart failure: a double-blind randomized study J Am Coll Cardiol. 1995;25(6):1225 -1231.

24. Brater D. Torasemid: pharmacokinetic and clinical efficacy. Eur. J Heart Fail 2001 ;3 (Suppl G):19- 24.

25. Fortuno A, Muniz P, Ravassa S et al. Torasemid inhibits angiotensin II induced vasoconstriction and intracellular calcium increase in the aorta of spontaneously hypertensive rats. Hypertension 1999;34(1):138-143.

26. Нарусов О. Ю., Мареев В.Ю. Скворцов А. А. и др. Клинические, гемодинамические и нейрогормональные эффекты дигоксина у больных ХСН. Журнал Сердечная недостаточность. 2000; 1 (1):26-30.

27. Мареев В. Ю., Овчинников А. Г., Агеев Ф. Т., Беленков Ю. Н. Влияние ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину-П на диастолическую функцию левого желудочка у пациентов с относительно сохранной систолической функцией левого желудочка: результаты исследования «Периндоприл, ИР-бесартан и Амлодипин у больных с ХСН и сохраненной систолической функцией левого желудочка (ПИ-РАНЬя)». Журнал Сердечная Недостаточность. 2005;6 (1):4-14.

28. Рекомендации Всероссийского научного общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции по проведению клинических электрофизиологических исследований, катетерной абляции и имплантации антиаритмических устройств, <http://cardio.tomsk.ru/recom.pdf>.

29. Ревшвили А.Ш., Антонченко И.В., Арадашев А.В. и др. Клинические Рекомендации по применению электрокардиостимуляторов, имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов, устройств для сердечной ресинхронизирующей терапии и имплантируемых кардиомониторов. ВНОА. Новая редакции. Москва 2009. с. 13-146.

30. European Heart Rhythm Association; Heart Rhythm Society: Zipes DP, Camm AJ, Borggrefe M et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death-executive summary, J Am Coll Cardiol. 2006;48 (5): e247-346

УДК 616.12-008.331.1-053.88

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Л.К. Каражанова, Г.Б. Батенова

*Государственный медицинский университет города Семей***Тұжырым****ҚАРТ АДАМДАРДАҒЫ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ****Л.Қ. Қаражанова, Г.Б. Батенова**

*Қарт адамдардағы артериалды гипертензия мәселесі оның көң түрдегі тарамдылығымен, сонымен қатар тұрғылықты халықтың қартаюға бет бұрысына байланысты. Қартайған жаста әртүрлі қауіп-қатер факторлары мен қосымша аурулар жиі кездеседі, осындай науқастарды АҚЖ жоғарлау дәрежесіне тәуелсіз жүрек-қантамыр асқынуларының жоғарғы және өте жоғарғы қауіп-қатер тобына жатқызуға болады.*

**Summary****ARTERIAL HYPERTENSION AT OLD AGE PATIENTS****L.K. Karazhanova, G.B. Batenova**

*Problem of arterial hypertension at old age patients is connected with it's wide spreading and tendency to aging of population. In old age there are different risk factors and accompanying diseases, which permit to say about that group of patients are in high or very high risk of cardiovascular complications not depending on degree of increasing of blood pressure.*

В структуре общей заболеваемости и смертности населения в возрасте старше 60 лет первое ранговое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы. Среди них наибольшее распространение получила артериальная гипертония (АГ) [1]. В частности, у лиц пожилого и старческого возраста является одним из актуальных вопросов кардиологии [2]. Существует широко распространенное заблуждение, что повышение давления с возрастом неизбежно и достаточно безопасно, а, следовательно, это состояние не подлежит активной терапии. Однако все многоцентровые исследования последнего времени содержат утверждение, что это не так! Известно, что в пожилом возрасте чаще встречаются различные факторы риска (ФР) и сопутствующие заболевания, что позволяет отнести таких больных к группам высокого (очень высокого) риска сердечно-сосудистых осложнений независимо от степени повышения АД [3]. Все эти люди имеют более высокий риск сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с более молодыми лицами, имеющими такой же повышенный уровень артериального давления (АД). Снижение АД в старшей возрастной группе уменьшает этот риск. Доказано уменьшение на 50% частоты остановки сердца, уменьшение частоты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, снижение общей смертности [4].

Распространенность артериальной гипертонии (АГ) составляет 30-40% среди лиц старше 60 лет. Распространенность АГ среди взрослого населения Казахстана - 24,3%. У больных АГ общая смертность в 2-5 раз, а сердечно-сосудистая смертность в 2-3 раза выше, чем у людей с нормальным АД. Многочисленные, международные исследования последних лет свидетельствуют о том, что с возрастом увеличивается риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Это вероятно обусловлено структурно-функциональными изменениями организма в процессе старения и высокой частотой сопутствующих заболеваний [5,6]. Патологические изменения в органах и тканях развиваются на фоне физиологических возрастных преобразований: старение сосудов, снижение их эластичности с повышением периферического сопротивления, уменьшение чувствительности β-адренорецепторов, снижение эндотелием NO, простагличлина, уменьшение растяжимости артерий, ослабление барорецепторной функции, нарушение регуляции секреции гормонов и медиаторов, изменение внеклеточного содержания воды в тканях и внутри сосудов. К особенностям течения АГ у пожилых относят высокую

частоту изолированной систолической АГ (ИС АГ), при котором уровень систолического артериального давления (САД) >140 мм.рт.ст., а диастолического АД (ДАД) <90 мм.рт.ст., высокое пульсовое АД, повышенную вариабельность АД, ортостатическую гипотонию [7]. По данным Фремингемского исследования, ИСАГ среди всех случаев артериальной гипертензии у пожилых людей составляет 65-70% (Stokes и соавт., 1989). Это же подтверждает исследование NHANES III (Third National and Nutrition Examination Survey, 1988-1991), согласно которому доля ИСАГ у пациентов в возрасте 45-54 года составляет 24%, 55-64 года - 47%, 65-74-66% и >75-73% [8].

В последние годы было убедительно показано, что САД в значительно большей мере, чем ДАД, влияет на степень сердечно-сосудистого риска. Известно, что уровень САД определяется четырьмя главными факторами: величиной ударного объема, демпфирующей функцией крупных артерий (жесткость сосудистой стенки), способностью артериального русла проводить прямую волну (периферическое сосудистое сопротивление) и величиной отраженной пульсовой волны [9]. Жесткость артерий увеличивается с возрастом, и чрезвычайно важно то, что она является независимым фактором риска (ФР) развития ИБС, инфаркта миокарда, инсульта и хронической почечной недостаточности. При этом повышенная жесткость артерий является основной причиной повышения САД и снижения ДАД, происходящих в пожилом возрасте [10].

К особенностям проявления АГ в пожилом возрасте следует отнести следующие: давность заболевания; скудность субъективных симптомов; выраженную функциональную недостаточность мозга, сердца, почек; высокий процент осложнений (инсульт, инфаркт, сердечная недостаточность); преобладание систолического АД; гипокинетический тип гемодинамики; увеличение общего периферического сопротивления.

Суточный профиль АД у больных артериальной гипертонией 2-3 стадии в возрасте 60 лет и старше по сравнению с данными у молодых характеризуется нарастанием вариабельности и утреннего подъема АД, сдвигом ночного минимума к утренним часам, уменьшением числа больных с нормальным снижением систолического АД и увеличением больных с его ночным повышением. В этой же группе больных достоверно чаще выявляются диастолическая дисфункция, concentрическая гипертрофия левого желудочка и выражен-

ная дисфункция эндотелия. В группе больных АГ пожилого и старческого возраста достоверно чаще встречаются пациенты с микроальбуминурией, сниженной скоростью клубочковой фильтрации, снижением функционального резерва почек, канальцевой дисфункцией и уменьшенным объемом обеих почек [11]. У пожилых наблюдаются частые перепады АД, проявляющиеся внезапным повышением или чрезмерным его снижением, неблагоприятно влияющие на коронарный кровоток, а в ряде случаев вызывающие развитие инсультов, ишемических атак и лакунарных инфарктов [12,13]. Вплоть до 1985 года гипертензию у пожилых обычно не лечили, главным образом из-за страха, что снижение АД увеличит частоту эпизодов ортостатической гипотензии и вызовет коронарный или церебральный тромбоз [14]. Проведенные в различных странах эпидемиологические и клинические исследования наглядно продемонстрировали важность эффективного контроля АД в снижении риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности. Проблемы лечения и диспансеризации больных АГ наиболее актуальны в последнее время, так как течение АГ все более отягощается и формирует большое количество осложнений [15].

По данным ВОЗ 2001 в мире более 100 млн. больных АГ. У 1-5% из них развивается гипертонический криз (ГК), в том числе, примерно, в 25%-осложненные. Среди осложнений ГК: на первом месте по частоте стоят острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)- инфаркт мозга и гипертоническая энцефалопатия в 24% и 17% соответственно, на втором в 36% случаев ГК- отек легких, на третьем - острый коронарный синдром (ОКС) в 12% случаев [6]. Осложненный ГК-прогностически опасное состояние, т.к. 25-40% пациентов, умирают в течение последующих 3 лет от инфаркта миокарда или инсульта [16]. По результатам многоцентровых, проспективных исследований были сформулированы принципы немедикаментозной и лекарственной терапии, оптимальные режимы лечения, в том числе в особых популяциях больных [17]. Лечение АГ у пожилых больных следует начинать с изменения образа жизни. Ограничение поваренной соли и снижение веса в этой группе оказывает существенный антигипертензивный эффект. Начальная доза всех препаратов у пожилых пациентов может быть снижена вдвое. Следует с осторожностью использовать препараты, вызывающие значимую вазодилатацию, такие как альфа-блокаторы и прямые вазодилататоры, а также высокие дозы мочегонных препаратов. При наличии показаний в качестве первой линии терапии можно использовать препараты из всех основных современных классов антигипертензивных средств: диуретики,  $\beta$ -адреноблокаторы (ББ), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), антагонисты кальция, альфа-адреноблокаторы, антагонисты рецепторов к ангиотензину II, агонисты имидазолиновых рецепторов [18]. Антигипертензивная терапия должна быть настолько простой, насколько это возможно, особенно у пожилых, которые могут иметь проблемы с концентрацией, пониманием и памятью. Снижение АД должно быть постепенным. Не следует стремиться снижать систолическое и диастолическое давление у пожилых пациентов менее 140/80-85 мм.рт.ст. Неадекватная гипотензивная терапия без учета биоритма гипертензивного синдрома у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ГДЭ) создает дополнительные опасности. Снижение кровоснабжения мозга у больных ГДЭ, особенно в ночное время у дипперов, обнаруживается только по возникновению грубых нарушений – ишемического инсульта, лакунарного инфаркта, динамических нарушений мозгового кровооб-

ращения. Одним из важнейших выводов, сделанных в последние годы в ходе многочисленных исследований и отраженных в рекомендациях отечественных и западноевропейских кардиологических ассоциаций, стал вывод о необходимости назначения комбинированной гипотензивной терапии большинству пациентов с АГ, причём на первом же этапе лечения. Чрезвычайная неоднородность механизмов повышения АД, частое сочетание АГ с другой патологией служат обоснованием важности дифференцированного подхода к назначению гипотензивных средств. В частности, при гипертрофии левого желудочка предпочтительно рекомендуется отдавать ингибиторам АПФ, блокаторам ангиотензиновых рецепторов или антагонистам кальция, у больных АГ и сахарным диабетом - ингибиторам АПФ или блокаторам ангиотензиновых рецепторов.

В настоящее время имеются несомненные доказательства того, что антигипертензивная терапия должна проводиться длительно, в принципе пожизненно. При условии ее адекватности и контроля за уровнем АД, риск возникновения тяжелых и серьезных осложнений АГ значительно снижается [19-21]. Однако эффективность поликлинического лечения АГ часто не достигает желаемых результатов, несмотря на наличие достаточного большого числа антигипертензивных препаратов различных групп [22-24].

Принципы лечения АГ у пожилых такие же, как в общей популяции, однако есть некоторые особенности [25].

Следует отметить ряд особенностей терапии АГ у пожилых: начальные дозы должны быть вдвое меньше, чем у пациентов молодого и среднего возраста; необходим медленный подбор дозы с обязательным контролем АД в положении стоя; использовать простой режим лечения (одна таблетка-один раз в день); контролировать функцию почек и электролитный состав крови при лечении диуретиками и/или иАПФ [26]. Обращает на себя внимание тот факт, что мужчины в любом возрасте лечатся недостаточно эффективно, а у женщин этот показатель снижается с возрастом [27].

Несмотря на наличие высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений, регулярно лечатся лишь 14,6% больных, а эффективно только 0,9%.

Вместе с тем, большие, многоцентровые исследования демонстрируют принципиальную возможность увеличения эффективности лечения до 90% и снижения сердечно-сосудистой смертности на 30% [28].

Таким образом, можно сделать однозначный вывод, что обнаруженную после 60 лет АГ, в том числе ИСГ, необходимо лечить в целях улучшения качества жизни и прогноза данных пациентов.

#### **Литература:**

1. Е.А. Шутемова, С.Е. Ушакова, А.В. Концевая, О.Ю. Барочкина, О.А. Назарова. Информировать пожилых больных о принципах вторичной профилактики артериальной гипертонии и готовность к участию в лечении.
2. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике. Кардиология 1999; 12: 4-9. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2003; 2(5), С.104.
3. Комиссаренко И.А. Стратификация риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Лекция Врач. С.27-29.
4. Джусипов А.К., Гуляева А.Е., Алиханова К.А. Клиническое руководство по оказанию медицинской помощи больным с артериальной гипертонией на уровне ПСМП.// Астана 2004г. С. 124-125
5. Верткин А.Л., Полосьянц О.Б., Веракса А.В. Возрастные аспекты гипертонического криза// Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2004; 3(3), ч. II С.16

6. Мычка В.Б., Чазов И.Е., Оганов Р.Г. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. *Consilium Medicum* 2009; 105-110.
7. Арабидзе Г.Г., Фагард Р., Петров В.В., Стассен Я. Изолированная систолическая гипертония пожилых. *Тер. Архив* 1996; 11,77-82.
8. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 7// Москва 2007.с.164-165.
9. Safar M.E., London G.M/ The arterial system in human hypertension. In: Swales I.D., ed. *Textbook of hypertension*. London: Blackwell Scientific; 1994. 85-102.
10. Бойцов С.А. Изучение патогенеза гипертонической болезни продолжается.//Терапевтический архив, 2006,№9,С.5-12
11. Пименов Л.Т.,Одинцова Н.Ф. Кардиоренальные взаимосвязи у больных 2010.-т.50 №7.- с.21-25.
12. Kario K. et al/ Nocturnal fall of blood pressure and silent cerebrovascular damage in elderly hypertensive patients: advanced silent cerebrovascular damage in extreme dippers. *Hypertension* 1996;27:130-135.
13. Преображенский Д.В. и др. Артериальная гипертония у лиц пожилого возраста: распространенность, особенности патогенеза и лечения. *Consilium Medicum* 2005; 12: 1001-1010.
14. Кириченко. А.А. Гипертоническая болезнь у мужчин и женщин. Москва 2003, С.53-61
15. Шальнова С.А. Проблемы лечения артериальной гипертонии// Кардиоваскулярная терапия и профилактика,2003; 2(3), С.17
16. Болл К., Филипс Р. Неотложные состояния от А до Я. Москва 2003. Под ред. А.Л.Верткина.
17. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии. Артериальная гипертония; Санкт-Петербург;7(1),приложение.
18. С.А. Шальнова. Проблемы лечения артериальной гипертонии// Кардиоваскулярная терапия и профилактика,2003; 2(3), С.18
19. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Мамаев В.И., Чедгафова С.Ю. Сравнительный анализ влияния различных классов гипотензивных препаратов на регресс гипертрофии миокарда левого желудочка у пожилых больных. *РКЖ* 2001;3(29): 29-33
20. Преображенский Д.В., Маренич А.В., Шатунова И.М., Сидоренко Б.А. Профилактика мозгового инсульта с помощью антигипертензивных препаратов: возможности и ограничения. *Кардиология* 2002; 6: 79-85.
21. Hansson L, Zanchetti A, Caruthers SG, et al. Principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial HOT Study Group. *Lancet* 1998; 351:1755-62.
22. Нестеров Ю.И., Гольдберг Г.А., Козубовская Р.Р. и др. Сравнительная характеристика качества диспансерного наблюдения за пациентами с артериальной гипертонией. *Клин.мед.* 1999; 6: 23-5.
23. Михайлов В.Г., Луковкина Т.К., Невзорова В.П. и др. Назначение лекарственных средств при артериальной гипертонии в амбулаторной практике. *Клин мед* 2000; 2: 46-9.
24. Юренев А.П., Патрушева И.Ф., Смирнова М.Д., Куннова Л.М. Особенности лечения больных артериальной гипертонией в Москве. *Тер. Архив* 2001; 9: 31-4.
25. Лазебник Л.Б., Комисаренко И.А., Милюкова О.М. Артериальная гипертония у пожилых.-М.,2002-с.260.
26. Гуревич М.А. Особенности лечения артериальной гипертонии у пожилых
27. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В., и др. Распространенность артериальной гипертонии в России. Информированность, лечение, контроль. *Проф.забол.и укреп. здор.*2001;4(2): с.3-7
28. Zanchetti A., Hansson L., et al. Risk assessment and treatment benefit in intensively treated hypertensive patients of the Hypertension Optimal Treatment( HOT) study. *J Hypertens* 2001; 19 (4):819-25.

УДК 616.12-008.331.1-616.153.922-08

## ПРИМЕНЕНИЕ АТОРИСА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Р.Б. Егаубаева

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, гиперлипидемия, аторис

### ТҰЖЫРЫМ

### АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯ МЕН ГИПЕРЛИПИДЕМИЯСЫ БАР ӘЙЕЛДЕРГЕ АТОРИСТИ ҚОЛДАНУ

Р.Б. Егаубаева

Қорыта айтқанда, аторис жүрек ишемиялық ауруының жоғарғы қаупі бар науқастардың жүрек-қан тамыр ауруларының асқынуларының екіншілік профилактикасындағы жоғарғы нәтижелі липидтерді төмендететін дәрі-дәрмек болып саналады.

### Summary

### USING OF ATORIS AT FEMALES WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND HYPERLIPIDEMIA

R.B. Egaubaeva

So, medicine Atoris is may be used as high effective lipid lowering drug for secondary prophylaxis of cardiovascular complications at females with high risk of ischemic heart disease.

Сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующей причиной смертности для женщин всего мира. Риск возникновения смерти от сердечно-сосудистых

заболеваний в 5 раз выше, чем риск смерти от рака молочной железы [1,2].

Угасание репродуктивной функции вносит свой вклад в течение артериальной гипертонии (АГ): чаще

наблюдают тяжелое течение заболевания, нарушение гемодинамики по гипокинетическому типу, по данным суточного мониторирования – менее выраженное снижение артериального давления (АД) в ночное время (тип non-dipper). Кроме того, отсутствие циклического кровотока, естественного для женщин репродуктивного возраста, способствует задержке жидкости и увеличению объема циркулирующей крови [3,4,5].

**Цель исследования** – изучение влияния аториса на липидный обмен у женщин с артериальной гипертензией и дислипидемией.

**Материал и методы.** В исследование включено 30 женщин с эссенциальной гипертензией (ЭГ) I–II стадии (по классификации ВОЗ). У 12 из них диагностировали ЭГ I стадии, у 26 – II стадии, у 3 – кризовое течение заболевания. Средний возраст больных – (56,65±1,36) года, длительность существования ЭГ – (10,55±1,35)

года. Методы обследования включали оценку клинических и биохимических параметров. У всех пациенток регистрировали наличие одной или более аномалий липидного обмена, повышение уровня общего ХС и ХС ЛПНП, ТГ и/или снижение уровня ХС ЛПВП. Условием включения пациенток в исследование было сохранение дислипидемии через 1 мес применения липидоснижающей диеты.

Все больные были распределены на две группы. Пациентам основной группы (n=27) в течение 3 мес назначали антигипертензивную терапию и аторис; больным контрольной группы (n=23) назначали только антигипертензивные препараты. По возрасту, длительности заболевания и исходным величинам гемодинамических и биохимических параметров больные существенно не различались. Клиническая характеристика больных представлена в табл.1.

**Таблица 1. - Характеристика обследованных больных с эссенциальной гипертензией.**

Показатель	Величина показателя (M±m) в группах	
	контрольной	основной
Возраст, лет	56,8±2,10	56,3±1,80
Длительность АГ, лет	10,6±1,64	10,3±2,14
САД, мм рт.ст.	168,0±6,15	167,8±4,29
ДАД, мм рт.ст.	103,6±3,01	102,6±2,82
ЧСС в 1 мин	79,3±2,7	81,1±3,12
Масса тела, кг	85,2±2,10	89,6±2,3

*Примечание:* САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление.

Антигипертензивную терапию назначали индивидуально всем больным во время первого посещения, в обеих группах она была сходной: антагонисты кальция назначены 10 больным основной и 13 – контрольной группы, бета-адреноблокаторы – соответственно 3 и 2, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – соответственно 9 и 10, перечисленные препараты в сочетании – 8 больным основной группы (из них 5 – с мочегонными средствами) и 4 – контрольной (из них 3 – с мочегонными средствами).

Математическую обработку данных проводили использованием разностного метода, критерия Стьюдента и линейного регрессионного анализа.

**Результаты и их обсуждение.** Через 6 нед приема аториса в дозе 10 мг/сут средний уровень ХС в группе обследованных снизился на 23 %. К окончанию исследования отмечено снижение среднего уровня ХС еще на 8 %, то есть на 31 % по сравнению с исходным уровнем. Различия статистически достоверны. Средний уровень ХС ЛПНП ко 2-му визиту достоверно снизился на 35 %, к 3-му – на 40 %. Отмечено также снижение среднего уровня ТГ: на 9 % ко 2-му визиту, на 12 % к 3-му визиту.

Уровень ХС ЛПВП в процессе всего исследования повышался и в среднем возрос на 19 %. Динамика липидных параметров плазмы крови представлена в табл. 2.

**Таблица 2. - Динамика липидов плазмы крови под влиянием аториса у больных с эссенциальной гипертензией.**

Липиды	1-й визит		2-й визит		3-й визит	
	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа
Общий ХС, ммоль/л	6,7±0,81	6,73±0,76	6,5±0,65	5,19±0,80*	6,15±0,53	4,65±0,51*
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,72±0,39	4,80±0,43	4,68±0,39	3,12±0,33*	4,6±0,4	2,8±0,30*
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,17±0,19	1,15±0,17	1,12±0,17	1,35±0,10*	1,1±0,11	1,33±0,12*
ТГ, ммоль/л	1,68±0,13	1,77±0,13	1,72±0,20	1,61±0,15*	1,71±0,19	1,51±0,17*

*Примечание.* \* – различия показателей достоверны по сравнению с таковыми при 1-м визите (P<0,001). Показатели креатинина и глюкозы крови во время наблюдения не изменились.

После 1-го визита все больные получали аторис в дозе 10 мг. Ко 2-му визиту у 17 (63,3%) больных был достигнут целевой уровень ХС ЛПНП (3 ммоль/л и ниже). Они продолжали принимать аторис в дозе 10 мг до окончания исследования. У 11 (36,7%) больных, у которых концентрация ХС ЛПНП превышала 3 ммоль/л, во время 2-го визита доза препарата была увеличена до 20 мг. У 26 (86,6%) больных терапия была успешной, у 3 (10%) – частично успешной, а у 1 (3,4%) больной терапия расценивалась как безуспешная. Таким образом, в целом лечение было эффективным у 29 (96,6%) больных.

В ходе лечения не было отмечено тяжелых побочных реакций, опасных для здоровья больных. Чаще всего (6,7%) наблюдались нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта, однако они не носили стойкого характера, не требовали прекращения терапии и проходили самостоятельно.

При динамическом наблюдении у больных обеих групп не отмечено существенных изменений массы тела и ЧСС.

Таким образом, включение аториса в комплекс антигипертензивной терапии у больных с ЭГ и дислипидемией имеет несомненные преимущества, что обу-

словлено нормализацией липидного спектра крови у пациенток с повышенным риском развития ИБС.

Наше исследование аториса показало его высокую эффективность в коррекции гиперхолестеринемии и комбинированной гиперлипидемии у женщин. Была продемонстрирована также безопасность применения препарата в дозах 10 и 20 мг у больных с АГ и гиперлипидемией в течение 3 мес.

**Выводы.** Полученные результаты дают основание сделать заключение о высокой эффективности аториса в коррекции атерогенных дислипидемий.

Таким образом, исследуемый нами аторис может рассматриваться как высокоэффективный липидснижающий препарат для проведения вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациенток с высоким риском возникновения ишемической болезни сердца.

#### **Литература:**

1. Дослідження 4S: контури нового напрямку в кардіології // Медицина світу. – 1997. – Т. II. – Число 4. – С. 179-184.

2. Зайцева В.И. Клиническая эффективность лова-статина при синдроме семейной дислипидемической гипертензии // Укр. кардіол. журн. – 1998. – № 7-8. – С. 16-21.

3. Оганов Р.Г., Ахмеджанов Н.М. Аторвастатин – новый інгібітор ГМГ-КоА-редуктази для лікування атеросклерозу і гіперліпідемій // Медицина світу. – 2001. – Т. XI. – Число 3. – С. 154-158.

4. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Аторвастатин – первый представитель нового поколения ингибиторов 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А редуктазы для лечения атерогенных дислипидемий // Кардиология. – 1999. – Т. 39. – № 4. – С. 76-82.

5. Сиренко Ю.Н. Медикаментозная первичная и вторичная профилактика ишемической болезни сердца у больных артериальной гипертензией // Ліки України. – 2005. – № 1. – С. 9-

УДК 616.12-008.46

## **ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**И.И. Пинэко-Скворцова**

**КГП на ПХВ «Усть-Каменогорская городская больница №1», г. Усть-Каменогорск**

Проблема хронической сердечной недостаточности (ХСН) остаётся одной из наиболее актуальных в клинической кардиологии, поскольку она существенным образом влияет на летальность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в большинстве индустриальных стран. Несмотря на существенное уменьшение летальности от ИБС за последние 40 лет наблюдений по данным исследования ЭПОХА-ХСН(2002), летальность от ХСН осталась неизменной [1], хотя медикаментозные подходы к терапии этого состояния постоянно совершенствуются.

Наличие сердечной недостаточности (СН) в 4 раза повышает риск летальности. Шестилетний риск внезапной смерти у этой категории больных составляет 9% для мужчин и 4% для женщин.

В целом, риск внезапной смерти у этих больных повышен по сравнению с контрольной группой в 5 раз. Частота ХСН, как причины смерти, в настоящее время возросла в 4 раза по сравнению с 1968г. Госпитальная летальность составила 7-10%. По данным Фраминггемского исследования выживаемость мужчин составляет в среднем 3,2 года, женщин – 5,4 лет, за исключением случаев летальности в первые 90 дней. Таким образом, стало очевидно, что прогноз ХСН сопоставим с таковым у онкологических больных [1,2].

В Казахстане, согласно эпидемиологическим данным, ХСН, как осложнение большинства сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, встречается у 4% населения. По данным Европейского общества кардиологов в мире ХСН встречается у 1-4% взрослого населения, среди лиц старше 65 лет она достигает 6-10%, риск смерти составляет 5-10% ежегодно у боль-

ных с начальной ХСН и увеличивается до 30-40% у пациентов в стадии декомпенсации. По данным ВОЗ, показатель смертности населения Казахстана вследствие болезней системы кровообращения почти в два раза выше, чем в Европейских странах. За последние десять лет заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла в 1,7 раза. Также имеются данные о четырёхкратном увеличении госпитализации по поводу ХСН по сравнению с периодом 20-летней давности.

Мы решили провести собственное исследование структурного состава больных с ХСН, пролеченных в отделении кардиологии Усть-Каменогорской городской больницы №1 за период с 2009 по 2011гг.

**Цель исследования:** изучение структуры, оценка клинико-функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных с ХСН на госпитальном этапе.

**Материалы исследования:** больные с ХСН III-IV ФК за период с 2009-2011гг.

#### **Критерии включения:**

1) Мужчины и женщины в возрасте 41-70 и более лет.

- ХСН IIa - IIб ст. II-IV ФК на фоне хронических форм ИБС, артериальной гипертензии (АГ), хронического лёгочного сердца (ХЛС), врождённых пороков сердца (ВПС), дилатационной и гипертрофической кардиомиопатий (ДКМП, ГКМП), приобретённых пороков сердца (ППС),

2) Наличие одышки и отёчного синдрома

#### **Критерии не включения:**

- Период беременности и лактации

- Тяжёлая почечная или печёночная недостаточность
- Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС)
- Осложнения сахарного диабета
- Инфаркт миокарда, миокардиты, перикардиты.

**Методы исследования:**

Анамнестические данные, антропометрические данные, шкала оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС), Миннесотский опросник качества жизни больных ХСН, биохимический анализ крови (о.белок, креатинин, глюкоза, о.холестерин, калий, натрий), ЭКГ, ЭХОКГ, тест с 6-минутной ходьбой, эффективность терапии.

Тяжесть состояния оценивалась по ФК ХСН и ФВЛЖ(ЭХОКГ).

**Результаты и обсуждение:**

По данным отделения кардиологии КГП на ПХВ «Усть-Каменогорская городская больница №1» в 2009г количество больных с ХСН III-IV ФК составило 38,7% (372), в 2010г-32,9% (311), в 2011г - 37,1% (366), всего-1050 больных, что составило 36,3% от общего количества больных (2893) пролеченных в отделении.

**В исследование структурного состава было включено 486 больных с ХСН.**

Из них ХСН на фоне ИБС.ПИКС - 51,8% (252) + стенокардия - 40,7% (198), ИБС. Фибрилляции предсердий-24,0% (117), сочетанных форм ИБС с АГ- 44,4% (216), ДКМП - 9,25% (45), ГКМП-1,8% (9), ХЛС-12,9% (63), гипертонического сердца - 5,5% (27), ВПС - 3,7% (18), ППС - 5,5% (27), сочетание ХСН с сахарным диабетом(СД)- 14,8% (72), с цереброваскулярной патологией (ОНМК в анамнезе) - 16,6% (81).

**Таблица 1 - Основные характеристики исследуемых больных**

Критерии		Кол-во больных	%
1.по полу	Женщины	225	46,2%
	Мужчины	261	53,7
2. возраст	41-50лет	63	12,9
	51-60 лет	162	33,3
	61-70 лет	144	29,6
	Свыше 70 лет	117	24,0
3.давность заболевания	До 1 года	81	16,6
	1-5 лет	252	51,8
	6-10лет	126	25,9
	Более 10 лет	27	5,5
4. стадия ХСН	IIa ФК- II	18	3,7
	III	270	55,5
	IV	63	12,9
	IIб ФК- III	36	7,4
	IV	99	20,3
5. ФВЛЖ(ЭХОКГ)	>45 %	252	51,8
	< 45%	234	48,1
6.Эффективность проведённой терапии	высокая	153	31,4
	удовлетворительная	297	61,1
	низкая	36	7,4
7. Летальность от общего кол-ва больных за 3 года	2009г.	8	0,76
	2010г.	9	0,85
	2011г	11	1,04

**Выводы:**

- Среди исследуемых больных с ХСН преобладали мужчины 53%.
- С возрастом: от 51 до 70 лет - 62,9% - чётко прослеживается тенденция к увеличению частоты развития ХСН, как осложнения ИБС, АГ, ДКМП, ХЛС, ППС.
- Давность заболевания от 1 до 5 лет составила - 51,8%
- Преобладали больные с ХСН IIa ст. ФК-3 -55,5%
- Наибольший удельный вес составили больные с ХСН на фоне ИБС. ПИКС-51,8%, наименьший –на фоне ВПС-3,7% и ГКМП-1,8%.
- Преобладало количество больных с ФВ >45% по данным ЭХОКГ- 51,8%.

- Эффективность проведённой терапии расценивается как удовлетворительная в 61,1% случаев, высокая-31,4%, низкая-7,4%.
- Прослеживается рост летальности с 0,76% в 2009г. до 1,04% в 2011г.

**Литература:**

1. Терещенко С.Н., Джаниани Н.А. «Хроническая сердечная недостаточность. Вопросы диагностики и лечения». Москва. 2006. - стр. 4-12.
2. Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. «Кардиология. 2-е издание. Клинические рекомендации». - Москва, 2009. - стр.760-767, 803-808.



УДК 612.171.1-053.2

**ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА. СИНДРОМ ГИПОПАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

Б.Ж. Токтабаева

**Государственный медицинский университет города Семей.  
Кафедра детских болезней №2****Резюме**

В статье описан случай клинического наблюдения ребенка первого года жизни с редкой врожденной патологией сердца - синдромом гипоплазии правого желудочка.

**Тұжырым****ІШТЕН БІТКЕН ЖҮРЕК АҚАУЫ. ОҢ ЖАҚ ҚАРЫНШАНЫҢ ГИПОПАЗИЯСЫ СИНДРОМЫ**

Мақалада сирек кездесетін жүректің іштен біткен ақауы- оң жақ қарыншаның гипоплазиясы синдромымен ауырған бір жасқа дейінгі баланың клиникалық бақылау жағдайы сипатталған.

**Summary****CONGENITAL HEART DEFECT. HYPOPLASIA SYNDROME OF THE RIGHT VENTRICLE**

This article describes a case of clinical observation of the child (his first year of life) with a rare congenital heart disease - hypoplasia syndrome of the right ventricle.

Синдром гипоплазии правого желудочка – это врожденный порок сердца. Порок характеризуется уменьшением внутренней полости правого желудочка. Этому может способствовать недоразвитие приточного или мышечного отделов желудочка. Иногда гипоплазия правого желудочка развивается вследствие выраженного увеличения в объеме мышцы мышечного отдела желудочка. Изолированная гипоплазия правого желудочка – очень редкое заболевание. В мировой литературе описано всего лишь 29 наблюдений изолированной гипоплазии правых отделов сердца. (Bharati S., McAlister M., 2007).

Анатомально патология обычно не сопровождается гемодинамическими нарушениями. После рождения гипоплазия правого желудочка как фактор, воздействующий на гемодинамику, проявляется лишь при уменьшении его размера и конечно-диастолического объема более чем на 20% от должного (Бураковский В.И. и соавт. 1989). Основу нарушений гемодинамики при синдроме гипоплазии правого желудочка составляет уменьшение конечно-диастолического объема правого желудочка и сопротивление потоку крови через гипоплазированное правое предсердно-желудочковое отверстие. Это приводит к увеличению конечно-диастолического давления правого желудочка, давления в правом предсердии и возникновению венозно-артериального сброса крови через дефект межпредсердной перегородки. Кровь, притекающая от вен всего тела, не успевает перекачиваться уменьшенным желудочком, создается перегрузка правого предсердия. Таким образом, венозная кровь из правых отделов сердца попадает в большой круг кровообращения. В детском возрасте состояние может быть компенсированным, но с течением времени правый желудочек все более отстает в росте. Давление в нем увеличивается. Все больше бедной кислородом венозной крови попадает в большой круг кровообращения, в артерии. Поэтому у пациентов к 13-15 годам возникает цианоз – голубоватая или синюшная окраска кожи, конечностей. При выраженной степени гипоплазии правого желудочка у грудных детей появляется цианоз, одышка и развивается застойная сердечная недостаточность, что часто является причиной гибели детей до 1 года.

**Представляем случай синдрома гипоплазии правого желудочка у ребенка первого года жизни.**

Данил М., 4 месяца поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии УЧМК «Венера» г. Семей Восточно-Казахстанской области в крайне тяжелом состоянии с признаками клинической смерти, с остановкой сердца и дыхания.

При изучении анамнеза жизни и заболевания было установлено, что ребенок родился от I беременности, от первых срочных родов. Беременность протекала на фоне преэклампсии, зутиреоза I степени, НЦД по кардиальному типу, ОРЗ. Роды в 39 недель. Вес ребенка при рождении 3200 г, рост – 51 см. Оценка по шкале Апгар 7 – 8 баллов. Преждевременное излитие околоплодных вод. Состояние при рождении удовлетворительное. На следующий день после кормления состояние ребенка резко ухудшилось: появился цианоз кожных покровов, пенистое отделяемое изо рта, стонущее дыхание. Ребенок переведен в отделение патологии новорожденных, где ему проведено обследование и выставлен диагноз: ВПС. Тетрада Фалло, ППЦНС, смешанной этиологии, синдром повышенной нейро-рефлекторной возбудимости. В возрасте 3-х месяцев ребенок вновь поступает на стационарное лечение с диагнозом: острый бронхит. ВПС. Тетрада Фалло. ППЦНС смешанной этиологии, церебростенический синдром, синдром двигательных расстройств. Общее состояние при поступлении тяжелое за счет фонового заболевания. При кашле, физической нагрузке отмечался общий акроцианоз. Слизистые с фиолетовым оттенком. Напряжение крыльев носа. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы. При перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Тоны сердца приглушены, негрубый систолический шум с эпицентром во 2 – 3 межреберье слева. Границы сердца – правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне 2 ребра, левая – на 3 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот обычной формы, мягкий, печень выступает из – под края реберной дуги на 3,5 см. На ЭКГ – синусовая тахикардия. ЧСС 142 уд/мин, отклонение ЭОС вправо, повышение электрической активности правого желудочка, гипертрофия. ЭХО КГ – ВПС. ОАП. Аневрическое выбухание ЛПП. Гипертрофия МЖП. На 7-й день в стационаре состояние ребенка ухудшается, появился бронхоспазм, в связи с чем был пере-

веден в ОРИТ, где проведена оксигенотерапия. После соответствующего лечения самочувствие ребенка улучшилось, и он выписан домой с рекомендацией на консультацию кардиохирурга НИИ им. Мешалкина для уточнения диагноза. Спустя 15 дней после выписки из стационара ребенок вновь поступает в стационар в вышеизложенном состоянии, т.е. крайне тяжелом состоянии с признаками клинической смерти. Мальчик сразу госпитализирован в ОРИТ. После стабилизации общего состояния и гемодинамических нарушений ребенок направлен в НИИ им. Мешалкина г. Новосибирска для решения вопроса об оперативном лечении.

**Из данных выписки истории болезни ребенок поступает** в отделение в гипоксическом статусе, с тенденцией к брадикардии, гипотонии.

St. Praesens: Рост: 57 см, Вес: 5,6 кг, Температура: 36,6 С, ЧДД: 80 в мин., ЧСС: 95 в мин., Пульс: 95 уд./мин., Дефицит пульса: 0 уд./мин. АД – правая рука: 85/ мм.рт.ст. Состояние при поступлении критическое, гипоксемический статус. Вялый, крик слабый. Взгляд не фиксирует. Питание пониженное. Дистрофия по типу гипотрофия II ст. Носовое дыхание свободное. Кожные покровы пониженной влажности, диффузно цианотичные. Тургор кожи снижен. Ногти цианотичные. Форма ногтей – правильная. Видимые слизистые – цианотичные. Подкожно – жировая клетчатка развита слабо. Отеков, пастозности нет. Лимфатические узлы – не спаянные с кожей, не увеличены. Костная система не изменена. Тонус мышц сохранен. Система органов дыхания: одышка до 80, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, перкуторно звук легочный. Сердечно – сосудистая система: область сердца не изменена. Верхушечный толчок не изменен. Дрожание не определяется. Ритм правильный. Тоны отчетливые, 2-й тон ослаблен над легочной артерией. Малоинтенсивный систолический шум вдоль левого края грудины. Шум коллатералей не выражен. Пульс на лучевых и бедренных артериях определяется, слабого наполнения. Система органов пищеварения: ребенок находится на искусственном вскармливании. Сосет по 100 мл. Живот вздутый, симптомов раздражения брюшины нет. Печень +2,5. Селезенка – пальпируется край. Стул регулярный.

Проведено обследование: УЗИ ВПС МПП: Аневризма межпредсердной перегородки 1,6 x 0,76 см. Сброс 4 мм. Диаметр трикуспидального клапана 0,6 см, сам клапан гипоплазирован. Правый желудочек 1,0 x 1,58 см. ДП = 1,58 см. ЛЖ: КДР 2,36 см. КСР 1,38 см. КДО 19 мл. КСО 4,4 мл. УО – 14,6 мл. ФВ 78%. ФУ 43%. Толщина миокарда 0,5 см. МЖП: перимембранозный дефект 0,8 см, множественные щелевидные мышечные дефекты. Аорта восход. отдел = 1,41 см, нисход. отдел 0,9 см. Легочная артерия ф.к. = 0,6 см, ствол ЛА = 0,7 см. ПЛА = 0,45 см, ЛЛА = 0,44 см.

**Заключение:** синдром гипоплазии правого желудочка: гипоплазия полости ПЖ (1,58 x 1,0 см); гипоплазия фиброзного кольца трикуспидального клапана (0,6

см), створок и хордального аппарата ТК. Множественные дефекты межжелудочковой перегородки. Аневризма межпредсердной перегородки. ОО. Атрезия клапана легочной артерии. ОАП. Удлинение хорд митрального клапана.

Rg- исследование: легочный сосудистый рисунок деформирован, обеднен. Легкие повышенной прозрачности. Магистральные разветвления ЛА не просматриваются. Сердце: верхушка закруглена, приподнята над диафрагмой. СЛК – 50%. Справа увеличена область 2-й дуги, приподнят атрио – вазальный угол. Значительно расширено правое предсердие.

Сразу проведена операция: атриосептотомия (процедура Рашкинда). Наложение правостороннего подключично – легочного анастомоза протезом Гор – текс №4.

Послеоперационный период протекал с явлениями сердечно – легочной недостаточности, без осложнений. Проводилась кардиотоническая терапия, антибактериальная терапия, кардиометаболическая терапия, иммуностимулирующая терапия, симптоматическая терапия, инфузионно – трансфузионная терапия. Послеоперационные швы сняты.

Состояние при выписке: средней степени тяжести, самочувствие страдает мало. Перкуторно звук легочный, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 50 в мин. Тоны сердца отчетливые, ритм правильный, шум анастомоза справа. ЧСС – 120 в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +3 см из – под края реберной дуги. Диурез достаточный при умеренной стимуляции.

Данное клиническое наблюдение представляет интерес в связи редкостью заболевания, и как следствие, недостаточной информированностью врачей этой патологии.

Таким образом, описанный клинический случай представляет несомненный интерес для практических врачей и врачей функциональной диагностики с целью установления правильного диагноза и дальнейшей тактики ведения подобных пациентов.

#### **Литература:**

1. Мутафьян, О.А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков. - Санкт-Петербург, 2005.
2. Туманян, М.Р. Первичная диагностика врожденных пороков сердца и тактика ведения новорожденных и детей первого года жизни с патологией сердечно-сосудистой системы: Методические рекомендации. - НЦССХ им. Бакулева РАМН Москва, 2004. -23с.
3. Oldershaw P, Ward D, Anderson RH. Hypoplasia of the apical trabecular component of the morphologically right ventricle. Am J Cardiol 2005; 55: 862-4.
4. Thatai D, Kothari SS, Wasir HS. Right to left shunting in atrial septal defect due to isolated right ventricular hypoplasia. Indian Heart J 2007; 46: 177-8.
5. Bass JL, Fuhrman BP, Lock JE. Balloon occlusion of atrial septal defect to assess right ventricular capability in hypoplastic right heart syndrome. Circulation 2008; 68: 1081-6.

УДК 616-007.17-616.126.42+612.751.3-053.2

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ**

Б.Ж. Токтабаева

**Государственный медицинский университет города Семей.  
Кафедра детских болезней №2****Резюме**

Целью работы было изучить частоту встречаемости фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани, характерных при пролапсе митрального клапана сердца у детей. Комплексное клинико-инструментальное исследование проведено у 42 детей с пролапсом митрального клапана и 38 без него. Выраженность фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани отмечена у 45,2% детей с пролапсом митрального клапана, что свидетельствует о генерализованном характере дисплазии.

**Тұжырым****БАЛАЛАРДАҒЫ ЖҮРЕКТІҢ МИТРАЛЬДІ ҚАҚПАҚШАСЫ ПРОЛАПСЫ КЕЗІНДЕГІ ФЕНОТИПТІ БЕЛГІЛЕРДІҢ КЕЗДЕСУ ЖИЛІГІ.**

Зерттеудің мақсаты балалардағы жүректің митральді қақпақшасы пролапсы кезіндегі дәнекер тіні дисплазиясының фенотипті белгілері кездесу жиілігін анықтау болып табылды. Митральді қақпақша пролапсы бар 42 балаға және бақылау тобына алынған 38 балаға кешенді клиникалық-аспаптық зерттеу жүргізілді. Дәнекер тіні дисплазиясының фенотипті белгілерінің айқын білінуі митральді қақпақша пролапсы бар балалардың 45,2% байқалды, ол дисплазияның жайылған сипатын дәлелдейді.

**Summary****THE FREQUENCY OF PHENOTYPIC TRAITS AT PROLAPSE OF THE MITRAL VALVE IN CHILDREN**

The goal of this work was to study the frequency of phenotypic features of connective tissue dysplasia, characteristic for prolapse of the mitral valve in children. Complex clinical and instrumental study was carried out at 42 children with prolapse of the mitral valve and 38 without it. Expression of connective tissue dysplasia was observed in 45,2% of children with prolapsed of the mitral valve, which evidence about generalized nature of dysplasia.

В настоящее время кардиоваскулярная патология у детей представляет собой все более серьезную проблему здравоохранения. По данным М.А. Школьниковой, за последние 10 лет число детей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, увеличилось более чем в 1,5 раза. Достаточно высок удельный вес сердечно-сосудистой патологии в структуре детской инвалидности. Если не удастся преодолеть складывающиеся угрожающие тенденции роста и распространенности заболеваний системы кровообращения, в будущем прогнозируется еще большее ухудшение медико-демографической ситуации. Все большее значение имеют состояния, связанные с малыми аномалиями развития сердца (МАРС). Эти аномалии являются морфологической основой функциональных изменений сердечной деятельности, а при органических поражениях сердца могут усугублять их прогноз.

В основе многих аномалий развития сердца лежит дисплазия соединительной ткани сердца (ДСТС). По данным Меньшиковой Л.И., у детей от 0 мес. до 14 лет ДСТС встречается с частотой около 33%. Особенностью морфогенеза соединительной ткани является ее участие в формировании сердца практически на всех этапах онтогенеза. Благодаря широкому использованию ультразвуковых методов исследования в последние годы стала возможной пожизненная диагностика синдрома ДСТС. По современной классификации синдром ДСТС включает пролапсы клапанов сердца, аневризмы межпредсердной перегородки и синусов Вальсальвы, аномально расположенные хорды, открытое овальное окно.

У лиц с пролапсом митрального клапана сердца отмечаются признаки слабости соединительной ткани и со стороны других органов и систем: кожи, глаз, опорно-двигательного аппарата и т.д.

По мнению многих авторов, наиболее полной считается определение признаков дисплазии соединительной ткани, предложенное Л.И. Фоминой.

Следовательно, целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости фенотипических признаков ДСТ, характерных при пролапсе митрального клапана сердца у детей.

Нами всего осмотрено 42 больных с ПМК, из них мальчиков – 17, девочек – 25 и 38 детей без ПМК (контрольная группа) на базе городской больницы №2. Всем детям, кроме внешнего осмотра, проводилось ультразвуковое исследование сердца и брюшной полости и при необходимости – консультации узких специалистов. Это позволило выявить стигмы дисэмбриогенеза и признаки неполноценности соединительной ткани, что показано в таблице №1.

Оценка конституции проводилась по трем общепринятым типам: астенический, нормостенический, гиперстенический. Для детей с пролапсом митрального клапана наиболее характерным был астенический тип конституции (38%).

Среди предложенных способов измерения степени гипермобильности суставов общее признание получил метод Бейтона. Максимальная величина показателя по этим тестам равнялась 9 баллам, причем 1 балл означал патологическое переразгибание одного сустава на одной стороне. Показатель от 0 до 3 баллов расценивался как показатель нормы, от 3 до 5 – как умеренная гипермобильность, от 6 до 9 – как выраженная гипермобильность суставов. Для детей с ПМК была характерна гипермобильность суставов, преимущественно верхних конечностей, чаще отмечалось переразгибание I и II пальцев кисти. Частота повышенной подвижности суставов достигла 33,3%.

Наиболее распространенной деформацией грудной клетки явилась воронкообразная грудь (21,4%). Этиологическим фактором возникновения этой деформации грудной клетки является неполноценность реберных хрящей диспластического характера.

Другую группу аномалий скелета у этих детей составили изменения позвоночника, наиболее распро-

страненным проявлением которых явился сколиоз с частотой встречаемости 26,2%. Развитие сколиоза связано с дисплазией связочного аппарата позвоночника. Для выявления истинного сколиоза использовали осмотр со сгибанием позвоночника и наклоном туловища вперед.

Выявление плоскостопия проведено методом осмотра и оценки плантограмм. Как известно, именно «слабость» связочного аппарата ведет к возникновению как продольного, так и поперечного плоскостопия. Частота плоскостопия составила 23,6%.

**Таблица 1. - Частота встречаемости фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у детей с ПМК**

№	Признаки ДСТ и МАР	Дети с ПМК (n=42)		Дети без ПМК (n=38)	
		Абс. число	%	Абс. число	%
1	<i>Астенический тип</i>	16	38,0	8	21
2	<i>Повышенная растяжимость кожи</i>	12	28,6	3	7,9
3	<i>Патология органа зрения:</i>				
	<i>миопия</i>	13	30,9	4	10,5
	<i>астигматизм</i>	2	4,8	1	2,6
	<i>косоглазие</i>	1	2,4	-	-
4	<i>Деформация грудной клетки:</i>				
	<i>плоская</i>	2	4,8	-	-
	<i>килевидная</i>	1	2,4	1	2,6
	<i>воронкообразная</i>	9	21,4	2	5,3
5	<i>Сколиоз</i>	11	26,2	3	7,9
6	<i>Аномалии формы черепа</i>	4	9,5	3	7,9
7	<i>Плоскостопие</i>	10	23,6	2	5,3
8	<i>Гипермобильность суставов</i>	14	33,3	5	13,1
9	<i>Высокое небо</i>	6	14,3	3	7,9
10	<i>Аномалии зубов и нарушение прикуса</i>	13	30,9	6	15,8
11	<i>Аномалия расположения и формы ушной раковины</i>	11	26,2	5	13,1
12	<i>Расширение венозной сети на коже</i>	9	21,4	2	5,3
13	<i>Носовые кровотечения</i>	7	16,7	3	7,9
14	<i>Невусы</i>	5	11,9	1	2,6
15	<i>Телеангиэктазии</i>	4	9,5	4	10,5
16	<i>Вывихи, подвывихи суставов</i>	3	7,1	2	5,3

Изменения со стороны органа зрения отмечены у 30,9% детей, чаще всего диагностировалась миопия средней степени. Высокая предрасположенность к миопии, вероятно, обусловлена растяжением глазного яблока при слабости соединительной ткани.

Выделяли различные аномальные формы строения ушных раковин и следующие типы мочек: височная, полусвободная, приросшая. Эти показатели также были высокими при пролапсе митрального клапана у детей (26,2%).

Нами установлено также наличие геморрагического синдрома у детей с ПМК (16,7%). При этом отмечены повторные носовые кровотечения, длительные и обильные менструальные кровотечения, повышенная кровоточивость десен. По мнению З.С.Баркаган, геморрагический синдром является одним из проявлений мезенхимальных дисплазий и, следовательно, может рассматриваться в рамках синдрома дисплазии соединительной ткани.

Следовательно, у 52,4% (22) детей с ПМК отмечались признаки ДСТ 1 степени (вариант нормы), у 45,2% (19) – 2 степени (легкая и умеренная) и 2,4% (1) – 3 степени (тяжелая).

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Выраженность фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани отмечена у детей с пролапсом митрального клапана, что свидетельствует о генерализованном характере дисплазии.

2. Так как пролабирование клапанов сердца часто сопутствует внешним проявлениям дисплазии соединительной ткани, его можно рассматривать, как висцеральную стигму дисэмбриогенеза.

3. ДСТ при ПМК не является безобидным симптомом, отражает конституциональные особенности организма и служит показанием к диспансерному наблюдению.

#### **Литература:**

1. Школьников М.А. Дисплазии соединительной ткани сердца в генезе кардиоваскулярной патологии у детей. - Вестник аритмологии. - 2007. - №19. - С.54-56.

2. Гнусаев С.Ф., Белозеров Ю.М., Виноградов А.Ф. Клиническое значение малых аномалий сердца у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2006. - № 4. - С. 20–25.

3. Беленький А.Г. Лечение гипермобильного синдрома / А.Г. Беленький //

Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 12. – № 24. – С. 1602-1606.

4. Мартынов А.И., Степура О.Б., Шехтер А.Б. и др. Новые подходы к лечению больных с идиопатическим пролабиранием митрального клапана // Тер. арх. — 2008. - Т. 72, № 9. - С. 67–70.

4.N.J. Petty // Physiotherapy Theory and Practice. – 2008. – № 24 (1) – P. 1-12.

5. Keer R. Hypermobility Syndrome – recognition and management for physiotherapists / R. Keer, R. Grahame. – Butterworth Heinemann, 2003. – 68 p.

УДК 616-053.1

## АНАЛИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ (ПО МАТЕРИАЛАМ РОДИЛЬНОГО ДОМА №3 Г. СЕМЕЙ)

Г.Б. Тайоразова

КГКП «Родильный дом №3», г. Семей

### Резюме

В данной работе проведен анализ структуры ВПР (по системам органов) среди новорожденных, родившихся в родильном доме №3 за 2005г.-2010г. Для характеристики здоровья новорожденных взяты три показателя: частота ВПР, уровни заболеваемости и смертности в раннем неонатальном периоде.

### ТҰЖЫРЫМ

### НӘРЕСТЕЛЕРДІН ТУМА АҚАУЫНЫҢ ТАЛДАУЫ. (СЕМЕЙ ҚАЛАСЫН №3 ПЕРЗЕНТХАНАНЫҢ ДЕРІКТЕРІ БОЙЫНША)

Г.Б. Тайоразова

Бұл жұмыста №3 перзентханада 2005-2010 жылдар арасында туған нәрестелердің, тума ақауларының құрамының талдауы жүргізілген. Нәрестелер денсаулығының мінездемесі үшін үш түрлі көрсеткіш алынған: тума ақаулар жиілігі, ерте неонатальды кезеңдегі ауру-сырқау және өлім деңгейінің көрсеткіші.

### Summary

### THE ANALYSIS OF CONGENITAL DEVELOPMENTAL ANOMALIES AT NEWBORNS (ON MATERIALS OF THE MATERNITY HOME №3 OF SEMEY C.)

G.B. Taiorazova

In the given work the analysis of structure of congenital developmental anomalies (on systems of bodies) among the newborns who were born in maternity home №3 for 2005-2010 yy. is carried out. For the characteristic of health of newborns three indicators are taken: frequency of congenital developmental anomalies, levels of disease and death rate in the early neonatal period.

Актуальность врожденных пороков и наследственных аномалий развития сохраняется, несмотря на значительные успехи в изучении генетических основ их возникновения и распространения в популяции. За последнее десятилетие выросла доля врожденных пороков развития (ВПР) среди причин перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности (Бочков Н.П., Лазюк Г. И. 1991г.) В Казахстане за последние годы в структуре детской смертности ВПР прочно занимают третье место, наблюдается рост малых аномалий развития в структуре первичной заболеваемости (Аппасова М. И. 2002г.)

По данным ВОЗ показатель популяционной частоты пороков колеблется от 2,7% до 16,3% (Норкер W 1982г.)

В данной работе проведен анализ структуры ВПР (по системам органов) среди новорожденных, родившихся в родильном доме № 3 за 2005г.-2010г. Для характеристики здоровья новорожденных взяты три показателя: частота ВПР, уровни заболеваемости и смертности в раннем неонатальном периоде. Проанализировано 5340 историй родов и столько же историй новорожденных. Выявлено 101 детей (63% мальчиков, 37% девочки; что составляет 95% доношенных, 5% - недоношенных) это 1,1% от общего числа новорожденных с общим числом ВПР. При анализе истории родов выяснено, что 51,35% женщин страдали анемией различной степени, 16,2% - перенесли ОРЗ, из них 7% до 12 недель и 9,2% в поздних сроках принимали антибиотики, витамины, жаропонижающее средство и отвары трав. 78,37% рожениц перенесли кольпиты различной этиологии (трихомонадный, гонорейный, сифилис, кандидоматоз), 16,8% женщин имели в анамнезе мертворождение, выкидыши в различных сроках. Все случаи ВПР были изучены, проведено их расследование по зонам радиационного риска. Наиболее высокий уровень ВПР наблюдается в Бескарагайском районе 18,5 на

1000 новорожденных, относящихся к зоне максимального радиационного риска, где суммарная эффективная эквивалентная доза составляет 35-100 сЗв. В зоне повышенного радиационного риска, где суммарная эффективная эквивалентная доза составляет 7-35 сЗв, уровень ВПР соответственно ниже и равен в Бородулихинском районе 10,3 на 1000 новорожденных, по г. Семей -10,7 на 1000 новорожденных. Для контроля взят Аксуатский район - зона минимального радиационного риска, где суммарная эффективная эквивалентная доза составляет до 7 сЗв, уровень ВПР составил 3,5 на 1000 новорожденных. Общий уровень ВПР за анализируемый период за шесть лет в этих районах составил 11,9 на 1000 новорожденных.

При изучении причин мертворождаемости и неонатальной смертности, ВПР составляет 13,5% от мертворождаемости и 9,9% от неонатальной смертности и занимают 4 место в структуре ранней неонатальной смертности. Уровень перинатальной смертности от ВПР 4,3 на 1000 новорожденных, мертворождаемость - 2,4 на 1000 новорожденных, ранняя неонатальная смертность - 1,9 на 1000 новорожденных. За этот период в структуре ВПР (по системам органов) первое место занимают аномалии развития опорно-двигательного аппарата - 30,4%, на втором месте - аномалии сердечно-сосудистой системы - 14,3%, на третьем месте пороки развития мочеполовой системы - 12,5%, далее пороки брюшной стенки и желудочно-кишечного тракта - 11,6%, пороки ЦНС -8,9%, расщелины губы и неба - 8,9%, синдром Дауна - 5,4%, прочие ВПР - 8,0%.

Общая оценка анализируемого материала свидетельствует о большой частоте ВПР, более высокой заболеваемости новорожденных мужского пола (63%) По данным родильного дома № 3 ВПР занимают третье место в структуре неонатальной смертности. Из литературных источников известно, что смертность по при-

чине ВПР занимает третье-пятое место в структуре детской смертности. Среди перинатально погибших детей удельный вес ВПР составляет до 30% (Нуреева З.А. 1999г.), 26%-29% (Лазюк Г.И. 1998г.).

Показатель перинатальной смертности во многом зависит от уровня медицинской помощи беременным и новорожденным. При анализе историй родов в 90% случаев ВПР не диагностируется на УЗИ. Чем ниже смертность новорожденных от асфиксии, родовой травмы, инфекции и прочих заболеваний, тем больше удельный вес будут занимать пороки (Лазюк Г.И. 1991)

По результатам анализов историй развития новорожденных родильного дома №3 г. Семей частота перинатальной смертности от ВПР составила 4,3 на 1000 новорожденных.

В структуре ВПР на первом месте стоят пороки опорно-двигательного аппарата, на втором месте – пороки сердечно-сосудистой системы, на третьем - пороки мочеполовой системы. По литературным данным на первом месте - пороки опорно-двигательного аппарата, на втором - пороки мочеполовой системы, на третьем - пороки сердечно-сосудистой системы (Аппасова М.И.2002г.).

Собственными исследованиями было установлено, что ежегодно отмечается рост ВПР, частота составляет 1,2%.

Из полученных данных выяснено, что доверительный интервал колеблется от 0,98% до 1,42%.

При распределении частоты ВПР по районам это показатель в зоне максимального радиационного риска,

в Жана-Семейском и Бескарагайском районах равен 1,85% и 1,54 % и выходит за пределы доверительных границ. В зоне повышенного радиационного риска в г. Семей и Бородулихинском районе доверительный интервал соответствует 1,03%, 1,07%, не выходит за эти границы. В Аксуатском районе -0,35% и ниже уровня доверительных границ.

Во всех наблюдаемых районах частота ВПР превышает контроль. Для Жана-Семейского, Бескарагайского районов и г. Семей эта разница достоверна ( $p < 0,05$ ), а для Бородулихинского района - не достоверна. Для получения более достоверных данных необходимо увеличить число наблюдений. По проведенной работе можно предположить, что частота ВПР находится в положительно пропорциональной связи с величиной популяционно-эффективной дозы облучения.

#### **Литература:**

1. Аппасова М.И. Количественная и качественная вариабельность малых аномалий развития с учетом цитогенетических параметров у детей. Приаралья. Автореферат. Дисс. канд. мед. наук. 33с.
2. Шабалов Н.П. Неонатология С-Петербург 2009 г.554с.
3. Володин Н.Н. Неонатология. Национальное руководство. М.2009г. 848с.
4. Лазюк Г.И. Тератология человека. М. Медицина 1991г. с.10.
5. Козлова С.И., Демикова Н.С. наследственные синдромы и МГК.-М. Практика 2006г.416с.

УДК 616-053.1

## **СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ГАСТРОШИЗИСА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА (ПО МАТЕРИАЛАМ РОДИЛЬНОГО ДОМА №3 Г. СЕМЕЙ)**

**А.К. Жамантаева**

**КГКП «Родильный дом №3», г. Семей**

#### **Резюме**

*В статье представлен случай сочетанного порока развития передней брюшной стенки с эквентрацией органов ЖКТ через дефект брюшной стенки, примыкающий к основанию пуповины у новорожденного ребенка по материалам родильного дома № 3 г. Семей.*

#### **Тұжырым**

#### **НӘРЕСТЕДЕ КЕЗДЕСЕТІН ҚОСЫЛҒАН ГАСТРОШИЗИС ОҚИҒАСЫ.**

*Бұл мақалада нәрестелерде кездесетін қосылған туа біткен ақау: Ішек – қарын жарығы арқылы ішкі органдардың сыртқа шығуы және оның кіндікпен қосылған жағдайлары туралы жазылған.*

#### **Summary**

#### **THE CASE OF COMBINED GASTROSHIZIS OF NEWBORN**

*In article it is presented a case combined developmental anomaly of a forward belly wall with event ration bodies of gastrointestinal system through the defect of a belly wall adjoining the basis of an umbilical cord on materials of maternity home №3*

Научно – технический прогресс привел в последнее время к резкому изменению экологической ситуации в масштабах планеты, который оказывает влияние на наследственность человека, в первую очередь, на интенсивность мутационного процесса.

Семипалатинский полигон за время своей деятельности оказал отрицательное влияние на экологию – гигиеническую и медико – социальную обстановку в ряде прилегающих регионов Казахстана. В последние годы в Казахстане, в структуре детской смертности врожденные пороки

развития (ВПР) прочно занимают второе место (1). По данным родильного дома № 3 г. Семей с каждым годом отмечается рост ВПР. Частота варьирует от 16,63 в 2005 году до 22,0 на 1000 новорожденных в 2010 году. Особый интерес представляет участвовавшие случаи гастрошизиса.

Гастрошизис – порок развития передней брюшной стенки с эвентрацией органов ЖКТ через дефект брюшной стенки, примыкающий к основанию пуповины. Дефект в подавляющем большинстве случаев расположен справа от основания пуповины и имеет малые размеры (до 3 см. в диаметре). Эвентрированными бывают не только кишечник, но и желудок. Кишечные петли в состоянии перитонита, расширены, отечны, не перестальтируют. Покрываются вместе с брыжейкой фибринозным налетом в виде футляра (2). Частота 1:10000 – 15000 живорожденных. Аномалия встречается спорадически. Однако возможен аутосомно – доминантный тип наследования. Сочетание аномалии редки, но в 25% сочетается с атрезией или стенозом кишечника. Летальность до 50% (3).

Мы наблюдали случай гастрошизиса в сочетании с атрезией 12 – перстной и прямой кишки.



Ребенок от первой беременности, первых преждевременных родов, родился в сроке 32 недель. Женщина на «Д» учет по беременности встала в сроке 12 недель, обследована общепринятыми клиническими методами. Впервые, в сроке 18 недель выявлена анемия 1 степени, носительство HBS антигена, в 31 недель гестоз легкой степени, трихомонадный кольпит. В сроках 12 и 31 недели беременности была обследована на УЗИ. Патологии не выявлено. Девочка родилась с весом 2090 гр., рост 45см., окружность головы 30 см., окружность груди 28 см.

Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Родители ребенка: матери – 24 года и отцу 25 лет, русской национальности. Прослежен радиационный маршрут родителей. Выявлено, что со стороны обоих родителей (1 поколение), а также сами родители (2 поколение) по настоящее время проживают в зоне повышенного радиационного риска (СЯП), в г. Семей, только мать женщины родилась в Бескарагайском районе (зона максимально радиационного риска), она же в 1989 году оперирована по поводу рака грудной железы. Вредные привычки и ВПР в семьях не наблюдались. Ребенок комплексно обследован, осмотрен узкими специалистами. Со стороны общеклинических анализов патологии не выявлено. При объективном осмотре: общее состояние тяжелое, поза полупфлексии, крик слабый, болезненный. Кожные покровы чистые бледно – розовые. Тонус мышц снижен.

Рефлексы врожденного автоматизма угнетены. Есть признаки недоношенности. Со стороны дыхательной и сердечно – сосудистой системы патологии не выявлено. В передней брюшной стенке, справа от основания пуповины имеется дефект до 3 см., отмечается эвентрация кишечника и желудка с явлением некроза. Мочится свободно, стула нет. Ребенок первые часы после рождения переведен на оперативное лечение в хирургическое отделение консультативно – учебного центра СГМА. Учитывая некроз кишечника, операция не проводилась. Ребенок умер в первые сутки после рождения.

При патологоанатомическом вскрытии диагноз был подтвержден: Гастрошизис (эвентрация желудка, кишечника) с атрезией 12-перстной и прямой кишки. Незрелость головного мозга, печени, почек. Акцентированная инволюция тимуса 2 степени. Недоношенность.

Врачей родильного дома беспокоит факт учащения случаев сочетанного гастрошизиса, со 100% летальным исходом. За последние 5 лет в родильном доме №3 частота гастрошизиса 1:1300 живорожденных.

Таким образом, учитывая анамнез, заключение специалистов, радиационный маршрут можно предполагать, что причиной развития ВПР в данном случае являются несколько факторов: экологический, радиационный, а также инфекционный.

#### **Литературы:**

1. Аппасова М. И. Количественная и качественная вариабельность малых аномалий развития с учетом цитогенетических параметров у детей Приралья. Автореф. 33с. Дисс...канд. Мед. Наук.2000г.
2. Алматы, 2002 г.с. 3 Автореферат 42с.
3. Шабалов Н.П. Неонатология С-Петербург 1997 г.с.334
4. Лазюк Г.И. Тератология человека. М. Медицина, 1991 г.с.10.



УДК 616.8-006-036.22-036.8-053.2-055.1/3 (574)

ОРТАЛЫҚ НЕРВ ЖҮЙЕСІНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІНЕН ҚАЗАҚСТАН ХАЛҚЫ  
ӨЛІМ-ЖІТІМІНІҢ ЖАС-ЖЫНЫСТЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІН.С. Игісінов<sup>1,2</sup>, Е.Б. Адилбеков<sup>3</sup>, К.К. Гаитова<sup>2</sup>, М.А. Құлмырзаев<sup>3</sup><sup>1</sup>«Central Asian Cancer Institute» АҚ, Астана<sup>2</sup>«Астана медицина университеті» АҚ, Астана<sup>3</sup>«Республикалық нейрохирургия ғылыми орталығы» АҚ, Астана

## Резюме

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА  
ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Н.С. Игусинов, Е.Б. Адильбеков, К.К. Гаитова, М.А. Кульмирзаев

Изучены возрастно-половые особенности смертности населения республики от злокачественных опухолей центральной нервной системы (ЗН ЦНС). Материалом послужили данные Агентства РК по статистике (таблица С 51) о смертности от ЗН ЦНС. Исследование ретроспективное за 7 лет (2004-2010). В результате установлено, что грубый показатель смертности от ЗН ЦНС составил у мужчин –  $3,5 \pm 0,1$ /0000, а для женщин –  $2,6 \pm 0,1$ /0000. Анализ возрастных показателей смертности выявил пик смертности в 60-69 лет, как для мужчин, так и для женщин. При этом возрастные показатели смертности имели различную тенденцию.

**Ключевые слова:** смертность, злокачественные новообразования центральной нервной системы, возраст, пол.

## Summary

AGE AND SEX CHARACTERISTICS OF THE MORTALITY FROM MALIGNANT NEOPLASMS  
OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM AMONG POPULATION OF KAZAKHSTAN

E.B. Adilbekov, N.S. Igissinov, K.K. Gaitova, M.A. Kulmirzaev

Were investigated age and sex characteristics of mortality from malignant neoplasms of central nervous system (MN of CNS) among population of the republic. The material of the study was data from Statistics Agency of Kazakhstan (table C 51) about the mortality from MN of CNS. The retrospective research for 7 years (2004-2010) has showed that crude indicator of mortality from MN of CNS amounted among male population  $3,5 \pm 0,1$ /0000, and  $2,6 \pm 0,1$ /0000 for female. The analysis of age indicators of mortality revealed the highest rate of mortality in 60-69 years, as for men as for women. At that age indicators of mortality had different tendency.

**Key words:** mortality, malignant neoplasms of CNS, age, sex.

**Кіріспе.** Обырдың ғаламдық ауыртпалығының ұлғаюы әлем халқының қартаюы мен артуы салдарынан маңызды дәрежеде жалғасуда. Сонымен, Обырды зерттеу бойынша халықаралық агенттіктің (ОЗХА) деректері бойынша GLOBOCAN 2008 негізінде әлемде жыл сайын орталық нерв жүйесі қатерлі ісіктерінің (ОНЖ ҚІ) шамамен 237 913 жаңа оқиғасы тіркеледі, оның 126 815-і (53,3%) еркектерде және 111 098-і (46,7%) әйелдерде кездеседі. ОЗХА-ның бағалауы бойынша әлемде жыл сайын 175 мың адам қайтыс болады, олардың 55,6%-ы еркектер және 44,4%-ы әйелдер [1]. ОНЖ ҚІ даму қаупінің факторларын зерттеу, қауіптің жеке факторларының рөлі толығымен анықталмай отыр, ал қолда бар деректер қарама-қайшылыққа толы [2, 3, 4, 5]. Республикада ОНЖ ҚІ салдарынан туындайтын өлім-жітім мәселелерін әсіресе жас және жыныстық ерекшеліктерді ескере отырып зерттеу ерекше қызығушылық туғызады. Бұл мақалада ОНЖ ҚІ салдарынан республика халқының өлім-жітімінің жас-жыныстық ерекшеліктері толығымен талданды.

**Материал және зерттеу әдістері.** Зерттеу материалы ретінде Қазақстан Республикасының статистика агенттігінің (С51 формасы) ОНЖ ҚІ салдарынан халықтың өлім-жітімі, сондай-ақ халық саны туралы деректері пайдаланылды [6, 7]. 7 жылдық (2004-2010 ж) кезең зерттелді. Медициналық статистиканың көпшілік мақұлдаған әдістері [8] бойынша ОНЖ ҚІ салдарынан халықтың өлім-жітімінің экстенсивтік, үдемелі, стандартталған (әлемдік стандарт) және теңестірілген көрсеткіштері есептелді. Стандартталған көрсеткіш тікелей әдіспен есептелді, оның ішінде әлемдік стандарттық халық пайдаланылды. 7 жылдық кезеңдегі өлім-жітім көрсеткіштерінің динамикасы зерттелді, сонымен қатар

трендтер шағын шаршылар әдісімен өткізілді. Жылдық орташа мәндер (М), орташа қателік (m), 95% сенімді интервал (95% СИ), арту (Т<sub>a</sub>, %) мен кемудің (Т<sub>к</sub>, %) жылдық орташа темпі анықталды.

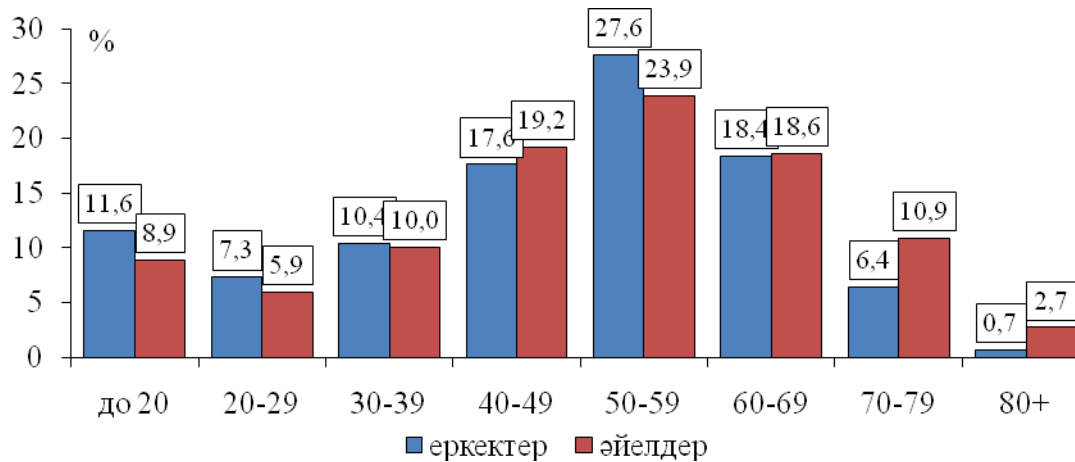
**Нәтижелер және талқылау.** ОНЖ ҚІ салдарынан 3 318 адам қайтыс болды, олардың 1 831-і (55,2%) еркектер және 1 487-сі (44,8%) әйелдер. ОНЖ ҚІ салдарынан қайтыс болғандардың жас топтары және жынысы бойынша меншікті салмағы 1-суретте көрсетілген. Қайтыс болғандардың ең көп меншікті салмағы еркектерде де, әйелдерде де 50-59 жас аралығын қамтиды және тиісінше 27,6% және 23,9%-ды құрайды. ОНЖ ҚІ салдарынан қайтыс болған еркектердің жылдық орташа жас мөлшері  $46,6 \pm 0,5$  жасты (95% СИ=45,7-47,6 жас) құрайды, ал әйелдерде бұл көрсеткіш еркектерге қарағанда жоғары, яғни  $49,8 \pm 0,7$  жас (95% ДИ=48,4-51,3 жас).

Белгіленген айырмашылық статистикалық тұрғыдан маңызды ( $p < 0,05$ ). Еркектер мен әйелдер динамикасында бұл көрсеткіштің шамалы арту үрдісі байқалды (Т<sub>a</sub>=+0,7% және Т<sub>a</sub>=+1,0% тиісінше). ОНЖ ҚІ салдарынан республикадағы еркектер өлім-жітімінің жылдық орташа долбарлы көрсеткіші  $3,5 \pm 0,1$ /0000 (95% СИ=3,3-3,7/0000), ал әйелдерде –  $2,6 \pm 0,1$ /0000 (95% СИ=2,5-2,8/0000). Динамикада ОНЖ ҚІ салдарынан туындаған еркектер өлім-жітімі  $3,5$ /0000-ден (2004ж.) 2010 жылы  $3,3$ /0000-ге дейін төмендеген.

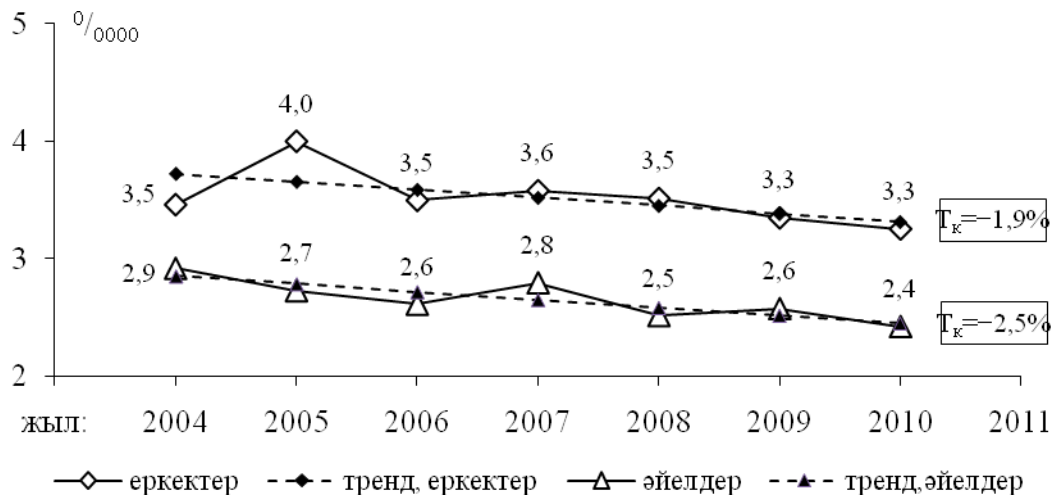
Бұл теңестіруде көрсеткіштер де төмендеген, ал жылдық орташа кему темпі – Т<sub>к</sub>=-1,9%. ОНЖ ҚІ салдарынан туындаған әйелдер өлім-жітімінің көрсеткіштері де  $2,9$ /0000-ден (2004ж.) 2010 жылы  $2,4$ /0000-ге дейін төмендеген (Т<sub>к</sub>=-2,5%, 2-сурет).

ОНЖ ҚІ салдарынан туындаған еркектер өлім-жітімінің жас көрсеткіштері 60-69 жас аралығында ең жоғары болған –  $13,9 \pm 0,9$ /0000 (95% СИ=12,2-15,6/0000)





1-сурет – Қазақстанда ОНЖ ҚІ салдарынан қайтыс болғандардың жас мөлшері мен жынысы бойынша 2004-2010 жылдардағы меншікті салмағы



2-сурет – ОНЖ ҚІ салдарынан Қазақстан халқы өлім-жітімінің 2004-2010 жж. бойынша көрсеткіштер динамикасы

Бұл жас тобындағы теңестірілген көрсеткіштерде арту үрдісі байқалды  $T_a = +4,4\%$ . ОНЖ ҚІ салдарынан туындаған әйелдер өлім-жітімінің жас көрсеткіштері де 60-69 жас аралығында жоғары болған  $-7,7 \pm 0,3\text{‰/0000}$  (95% СИ=7,1-8,3‰/0000). Бұл жас тобындағы өлім-жітім көрсеткіштерінің тренділері –  $T_k = +1,6\%$ . Өлім-жітімнің жас көрсеткіштерінің тренділері 1-кестеде берілген.

Республикадағы еркектер мен әйелдердің жас құрамын шығару мақсатында өлім-жітімнің стандартталған көрсеткіштері (әлемдік стандарт)

есептелді. Сонымен, ОНЖ ҚІ салдарынан республикадағы еркектер өлім-жітімінің жылдық орташа стандартталған көрсеткіші  $3,8 \pm 0,1\text{‰/0000}$ -ді (95% СИ=3,3-3,7‰/0000) құрады.

ОНЖ ҚІ салдарынан әйелдер өлім-жітімінің стандартталған көрсеткіші (әлемдік стандарт)  $2,5 \pm 0,1\text{‰/0000}$ -ді (95% СИ=2,3-2,6‰/0000) құрады. Динамикада еркектердің әлемдік стандартының 4,0-тен (2004 ж.) 2010 жылы  $3,7\text{‰/0000}$ -ге дейін кему үрдісі байқалды.

1-кесте. Қазақстанда ОНЖ ҚІ салдарынан еркектер мен әйелдер өлім-жітімінің 2004-2010 жж. бойынша жылдық орташа жас көрсеткіштері.

Жас топтары, жас	Еркектер			Әйелдер		
	$P \pm m$	95% СИ	$T_{alk}, \%$	$P \pm m$	95% СИ	$T_{alk}, \%$
20-ға дейін	$1,1 \pm 0,1$	1,0-1,3	+0,2	$0,7 \pm 0,1$	0,6-0,8	-1,1
20-29	$1,4 \pm 0,2$	1,0-1,7	-7,5	$0,9 \pm 0,1$	0,7-1,2	-5,8
30-39	$2,5 \pm 0,3$	2,0-3,0	-5,9	$1,9 \pm 0,2$	1,5-2,2	-7,4
40-49	$4,5 \pm 0,3$	3,9-5,2	-4,2	$3,6 \pm 0,3$	3,1-4,2	-6,4
50-59	$11,0 \pm 0,7$	9,6-12,3	-3,8	$6,3 \pm 0,3$	5,7-7,0	-4,1
60-69	$13,9 \pm 0,9$	12,2-15,6	+4,4	$7,7 \pm 0,3$	7,1-8,3	+1,6
70-79	$8,9 \pm 0,5$	7,9-9,9	+0,9	$6,7 \pm 0,7$	5,4-8,1	+4,1
80+	$4,5 \pm 1,3$	1,9-7,0	-1,7	$4,5 \pm 0,8$	3,0-5,9	+8,0
Барлығы	$3,5 \pm 0,1$	3,3-3,7	-1,9	$2,6 \pm 0,1$	2,5-2,8	-2,5

Әлемдік стандартты теңестіруде де кему үрдісі байқалды ( $T_k = -1,4\%$ ). Әйелдердің әлемдік стандарты да 2,7-ден (2004 ж.) 2010 жылы  $2,3\%_{0000}$ -ге дейін төмендеген ( $T_k = -2,6\%$ ).

**Қорытынды.** Қазақстанда ОНЖ ҚІ салдарынан әйелдерге (44,8%) қарағанда еркектер (55,2%) көбірек қайтыс болған. Мұнда аталмыш патологиядан қайтыс болған еркектердің орташа жас мөлшері (46,6 жас) әйелдерге (49,8 жас) қарағанда статистикалық тұрғыдан едәуір төмен ( $p < 0,05$ ). Бұл жағдайда қайтыс болған еркектердің де, әйелдердің де орташа жас мөлшерінде «қартаю» үрдісі байқалды. ОНЖ ҚІ салдарынан туындаған еркектер өлім-жітімінің жылдық орташа долбарлы көрсеткіші әйелдерге қарағанда статистикалық тұрғыдан едәуір жоғары ( $p < 0,05$ ) –  $3,5 \pm 0,1$  және  $2,6 \pm 0,1\%_{0000}$  тиісінше. Еркектер мен әйелдер өлім-жітімінің жас көрсеткіштері 60-69 жас аралығындағы жас тобында ерекше қарқынмен унимодальдық түрде артқан. Еркектер мен әйелдер өлім-жітімінің стандартталған көрсеткіштерінде долбарлы көрсеткіштермен салыстырғанда статистикалық айырмашылық байқалмады, ал динамикадағы теңестірілген көрсеткіштерде кему үрдісі байқалды. Динамикада ОНЖ ҚІ салдарынан туындаған өлім-жітімінің жас көрсеткіштерінің тренділері әртүрлі үрдіске ие болған. Мұнда 20-29 жас аралығындағы жас тобына жататын еркектердің кему үрдісінің тренділері ( $T_k = -7,5\%$ ) 30-39 жас аралығындағы әйелдерге ( $T_k = -7,4\%$ ) қарағанда едәуір жоғары. Еркектердегі жоғарғы көрсеткіш 60-69 жас аралығында ( $T_k = +4,4\%$ ), ал әйелдерде 80 және одан жоғары жаста ( $T_k = +8,0\%$ ) байқалған.

ОНЖ ҚІ салдарынан туындаған өлім-жітім

ерекшеліктерін жас-жыныстық ерекшеліктерді, мекен ету аймағын ескере отырып анықтау, сондай-ақ Қазақстанда патологияның ОНЖ ҚІ салдарынан туындаған өлім-жітім кезінде «жұмсалған өмірлік әлеуетті» бағалау біздің болашақтағы зерттеулеріміздің басым бағыты болмақ.

#### Әдебиеттер:

1. IARC. GLOBOCAN 2008: Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008: IARC Cancer Base No. 10, 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr> Accessed: March 10, 2012.
2. Балева Л.С. Злокачественные опухоли ЦНС. – М., 1997. – 150с.
3. Аношина С.В. Медико-частотные характеристики опухолей центральной нервной системы у детей Московской области: автореф... канд. мед.наук. – М., 2009. – 19с.
4. Saika K., Katanoda K. Comparison of time trends in brain and central nervous system cancer mortality (1990-2006) between countries based on the WHO mortality database // Jpn J ClinOncol. – 2011, Feb. – N 41(2). – p. 304-5. PubMed PMID: 21273379
5. Filippini G. Epidemiology of primary central nervous system tumors // *Handb Clin Neurol*. – 2012. – N 104. – P. 3-22. PubMed PMID: 22230431.
6. Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006. – 548 с.
7. Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
8. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. – Л.: Медицина, 1974. – 384 с.

УДК 614.86:616-036.8 (574)

## ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЖОЛ-КӨЛІК ОҚИҒАЛАРЫНАН БОЛАТЫН ӨЛІМ-ЖІТІМ КАРТОГРАММАСЫ

А.С. Әубәкірова, С.В. Ким, Н.С. Игісінов

Қоғамдық денсаулық сақтау институты Астана қаласы «Астана медициналық университет» АҚ

#### Тұжырым

Мақалада Қазақстанда жол-көлік оқиғасының өлім картограммасын, бірдей емес көрсету бойынша бөлу.

#### Резюме

### КАРТОГРАММА СМЕРТНОСТИ ОТ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ В КАЗАХСТАНЕ

А.С. Аубакирова, С.В. Ким, Н.С. Игисинов

В статье составлена картограмма смертности от дорожно-транспортных происшествий в Казахстане, которая показывает на неравномерное распределение. Высокие показатели смертности установлены в Акмолинской ( $24,3\%_{0000}$ ), Мангыстауской ( $25,9\%_{0000}$ ), Жамбылской ( $27,3\%_{0000}$ ), Алматинской ( $29,3\%_{0000}$ ) и Южно-Казахстанской ( $32,4\%_{0000}$ ) областях.

**Ключевые слова:** картограмма, смертность, дорожно-транспортное происшествие.

#### Summary

### KARTOGRAMMA OF DEATH RATE FROM ROAD TRAFFIC ACCIDENTS IN KAZAKHSTAN

A.S. Aubakirova, S.V. Kim, N.S. Igissinov

In the article kartogramma of death rate is made from road traffic accidents in Kazakhstan, which shows on the uneven distributing. The high indexes of death rate are set in Akmola ( $24,30/0000$ ), Mangystau ( $25,90/0000$ ), Zhambyl ( $27,30/0000$ ), Almaty ( $29,30/0000$ ) and by South-Kazakhstan ( $32,40/0000$ ) areas.

**Keywords:** kartogramma, death rate, road traffic accident.

**Кіріспе.** Жол-көліктік жаракаттану жағдайлары маңызды, бірақ қоғамдық денсаулық сақтау елемейтін проблемасы болып табылады, осы проблеманың алдын-алу үшін тиімді әрі нақты күш салу керек. Адамдар күнделікті тап болатын барлық жүйелердің

ішінде жол қозғалысының жүйелері анағұрлым қауіпті әрі күрделі. Бағалау бойынша, әлемде жыл сайын жол апатынан 1,2 миллион адам қаза тапса, 50 миллионы ауыр жаракат алады екен. Болжам бойынша, егер алдын-алу шараларына назар аударылмаса, кейінгі 20

жыл ішінде бұл сандар шамамен 65%-ға өседі [1]. Әртүрлі климаттық-географиялық өңірлерде тұрғындардың жол-көлік оқиғаларынан өлімін бағалау өлім таралауының үдерісін талдауға мүмкіндік беретін маңызды аспектілердің бірі болып табылады. Сонымен қатар кеңістік дифференциация белгіленген ішкі әкімшілік шектердің негізінде құрылады, өйткені өлімді тіркеудің және есепке алудың барлық жүйесі әкімшілік қағидатқа сәйкес құрылады.

Осы мақалада республиканы әкімшілік-аумақтық бөлу бойынша тұрғындардың жол-көлік оқиғаларынан өлімі кеңістіктік бағаланды.

**Зерттеудің материалдары мен әдістері.** Ақпарат көзі ретінде 2005-2009 жылдардағы жол-көлік оқиғаларынан өлім туралы Қазақстан Республикасы Агенттігінің деректері алынды. [2, 3]

Талдау кезінде көпшілік мақұлдаған әдістермен медициналық-биологиялық статистиканың әдістері қолданылған. Картограмманы құрастыру кезінде 100000 тұрғынға (‰) арналған өлімнің көрсеткіштері пайдаланылған [4, 5]. Профессор С.И Игісинов 1974 жыл ұсынған [6], орташадан (x) орташа шаршылық ауытқуды (σ) айқындауға негізделген картограмманы құрастыру әдісі пайдаланылған. Картограмма сатысының шкаласы келесідей анықталған: 1) 1) (x-1,5σ)+σ; 2) (x-1,5σ)+2σ; 3) (x-1,5σ)+3σ және т.б., ал көрсеткіштерді топтау мына формула бойынша жүзеге

асырды  $x \pm 0,5\sigma$ , орташа деңгейге сәйкес келетін  $(x-0,5\sigma$  и  $x+0,5\sigma)$ .

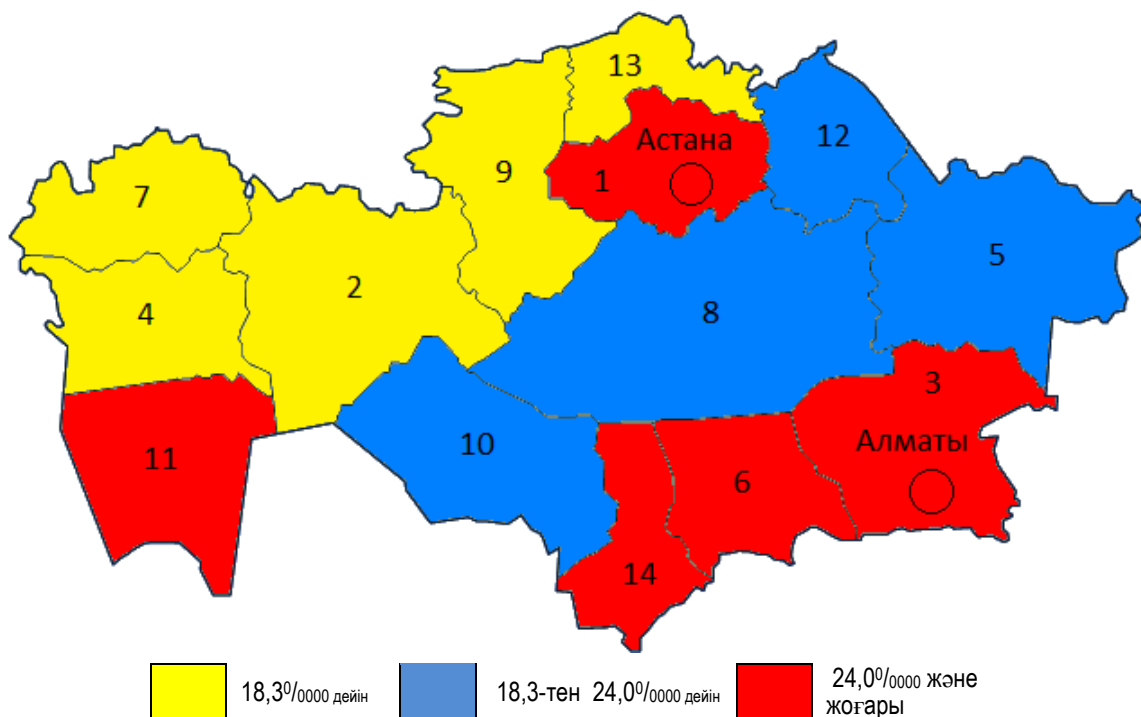
**Қорытынды және талқылау.** Кеңістік бағалауды ұсыну түрлерінің бірі өлім картограммасы болып табылады. Жол-көлік оқиғаларынан өлімнің картограммасын құрастыру үшін келесі деңгейлер айқындалды: төменгі көрсеткіш – 18,3‰ дейін, орташа – 18,3-тен 24,0‰ дейін, жоғары – 24,0‰ бастап одан да жоғары.

Жоғарыда аталған шкаланың негізінде республиканың облыстары бойынша жол-көлік оқиғаларынан өлімнің картограммасы құрастырылды. Осылайша, картограмманы құрастыру кезінде келесі облыстардың топтары анықталды (1-сурет):

1. Төмен көрсеткіштері бар өңірлер ( 18,3‰ дейін) – Атырау (12,8‰), Қостанай (13,4‰), Ақтөбе (16,4‰), Солтүстік-Қазақстан (16,9‰) және Батыс-Қазақстан (17,6‰) облыстары, сонымен қатар Алматы (16,0‰) және Астана (17,9‰) қалалары.

2. Орташа көрсеткіштері бар өңірлер (18,3-тен 24,0‰ дейін) – Шығыс-Қазақстан (20,3‰), Қызылорда (21,6‰), Павлодар (22,6‰) және Қарағанды (23,5‰) облыстары.

3. Жоғары көрсеткіштері бар өңірлер (2,5‰ –тен және одан жоғары) Ақмола (24,3‰), Маңғыстау (25,9‰), Жамбыл (27,3‰), Алматы (29,3‰) және Оңтүстік -Қазақстан (32,4‰) облыстары.



**Облыстар:** 1. Ақмола, 2. Ақтөбе, 3. Алматы, 4. Атырау, 5. Шығыс-Қазақстан, 6. Жамбыл, 7. Батыс-Қазақстан, 8. Қарағанды, 9. Қостанай, 10. Қызылорда, 11. Маңғыстау, 12. Павлодар, 13. Солтүстік-Қазақстан, 14. Оңтүстік-Қазақстан  
**1-ші сурет – Қазақстандағы жол - көлік оқиғалардағы өлім-жітімнің картограммасы**

Қазақстанда жол-көлік оқиғаларынан өлімнің анықталған өңірлік ерекшеліктері өңірлердің әкімшілік-аумақтық ерекшеліктеріне белгілі дәрежеде байланысты (әлеуметтік-демографиялық, жолдардың ерекшеліктері және оларға байланысты факторлар және т.б.) оған қоса басқа да экзогенді және эндогенді себептер болуы мүмкін.

**Әдебиеттер:**

1. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма. – ВОЗ, 2004. – 259 с.  
 2. Демографический ежегодник регионов Казахстана.

на. Статистический сборник. – Алматы, 2006. – 548 с.  
 3. Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.  
 4. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. Л.: Медицина; 1974; 384 с.  
 5. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М., 1999. – 460 с.  
 6. Игисинов С.И. Способ составления и применения картограмм в онкологической практике// Здрав. Казахстана. – 1974. – № 2. – С. 69-71.

УДК 312.2(470)

## АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УСТЬ-КАМЕНОГОРСКА

<sup>1</sup> З.К. Султанбеков, <sup>1</sup> А.Ш. Букунова, <sup>1</sup> А.Б. Гайсин, <sup>2</sup> Д.Г. Ли,  
<sup>1</sup> Ж.Н. Баткульдина, <sup>1</sup> А.С. Конурбаева

<sup>1</sup>ВК филиал «Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний», г.Усть-Каменогорск  
<sup>2</sup>КГКП «Усть-Каменогорская городская больница №1», г.Усть-Каменогорск

## Резюме

В статье рассмотрен уровень и структура смертности населения города Усть-Каменогорска, а также младенческой смертности и некоторых других демографических показателей.

## Тұжырым

## ӨСКЕМЕН КАЛАСЫНДАҒЫ ТУҒЫНДАРДЫҢ АРАСЫНДАҒЫ ӨЛЕМДІЛІКТІН АНАЛИЗИ

З.К. Султанбеков, А.Ш. Букунова, А.Б. Гайсин, Д.Г. Ли, Ж.Н. Баткульдина, А.С. Конурбаева

Бұл мақалада Өскемен қаласының тұрғындарының өлім көрсеткіштерінің құрамы мен деңгейі, сонымен бірге саби өлімінің және басқа демографиялық көрсеткіштері де қарастырылған.

## Summary

## ANALYSIS OF MORTALITY OF THE POPULATION OF UST-KAMENOGORSK

Z.K. Sultanbekov, A.Sh. Bukunova, A.B. Gaisin, D.G. Lee, J.N. Batkuldina, A.S. Konurbaeva

In the article the author considers the level and structure of mortality of the population of Ust-Kamenogorsk, as well as infant mortality rates and some of the other demographic indicators.

Основные причины смертности в странах СНГ и Центральной и Восточной Европы те же, что и в большинстве других европейских государств, а именно – сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Показатель преждевременной смертности населения, в возрасте 0-64 лет, вследствие болезней системы кровообращения, в РК является первым по величине, и превышает средний уровень аналогичных показателей стран Западной Европы. При сравнении с аналогичными данными индустриально развитых стран, например, Великобритании и Германии стандартизированный коэффициент смертности РК превышает в 3-4 раза [1].

Болезни органов дыхания и пищеварения традиционно считаются предотвратимыми причинами смерти, тем более в трудоспособном возрасте. Катастрофическое нарастание частоты летальных исходов от этих причин в России на фоне стабильного уровня посещений амбулаторно-поликлинических учреждений (в 2000г. среднее число посещений на 1 жителя составило 9,5; в 2004 г. - 9) и уровня госпитализации (в 2000г. – 22; в 2004г. – 22,2), отсутствия выраженного роста зарегистрированной заболеваемости среди взрослых (болезни органов дыхания в 2000г. – 228,2 ‰; в 2004г. – 202,8 ‰; болезни органов пищеварения – соответственно 98,4 и 99,8‰), безусловно, свидетельствует о недопустимом снижении оперативности и качества оказания медицинской помощи [2,3,4].

**Материалы и методы исследования.** Сведения о численности населения, его возрастно-половом и социальном составе, рождаемости, смертности, причин смерти выбирались из материалов отдела ЗАГС г. Усть-Каменогорска. Было выкопировано 1597 актов смерти, из них мужчин – 796, женщин – 704, подростков и детей – 97.

Статистические данные сгруппированы в однородные группы, проведена их счетная обработка с составлением таблиц, построением графиков и ранжированием по занимаемым ранговым местам. Классификация болезней по причинам смерти проведена в соответствии с МКБ-10.

Далее все собранные материалы подверглись углубленному анализу по количеству и структуре причин смерти взрослого и детского населения г.Усть-Каменогорска.

**Результаты и их обсуждение.** Естественное движение населения в г. Усть-Каменогорска представлено в таблице 1, где коэффициент смертности снизился в 1,1 раза, а коэффициент рождаемости имеет тенденцию роста. За исследуемый период рождаемость вырос в 1,3 раза. За 2005-2009 гг. коэффициент рождаемости в г. Усть-Каменогорске существенно превышал коэффициент смертности, а коэффициент естественного прироста стал положительным с 2007г. и вырос к 2009г. в 2,5 раза.

Таблица 1 - Естественное движение населения г.Усть-Каменогорска (на 1000 человек).

Движение населения	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.
Коэффициент рождаемости,	12,17	13,86	15,18	15,84	15,48
Коэффициент смертности,	14,76	14,83	14,34	14,22	13,33
Естественный прирост	-2,59	-0,92	0,8	1,6	2,04
Коэффициент младенческой смертности	15,3	16,83	18,55	29,7	24,2

Отмечен очень высокий уровень младенческой смертности по г. Усть-Каменогорску, который существенно возрастал к 2009 году. В 2008 году он достиг рекордной величины – 29,7 случаев на 1000 родившихся. В отношении увеличения количества осложнении родов, мертворождении и патологии перинатального периода необходимо принять во внимание снижение порога веса живорожденного ребенка (до 500г), согласно международным требованиям. Несмотря на высокий

коэффициент младенческой смертности в городе имеется естественный прирост, что можно объяснить повышением рождаемости за последние годы.

При анализе младенческой смертности следует отметить, (таблица 2), что ранняя неонатальная смертность почти на 5-7 раз превышает постнеонатальную за исследуемый период. И имеет тенденцию повышения к 2009г. Анализ уровней и структуры младенческой смертности как в целом, так и по отдельным возраст-

ным периодам свидетельствует о значительном вкладе в ее формирование перинатальной патологии. Одна из региональных особенностей процесса младенческой смертности состоит в том, что смертность детей в неонатальном периоде выше смертности в постнеонаталь-

ном периоде. Такое распределение смертных случаев детей по прожитым дням может служить признаком неблагоприятного состояния младенческой смертности в данном регионе.

**Таблица 2 - Структура младенческой смертности г.Усть-Каменогорска.**

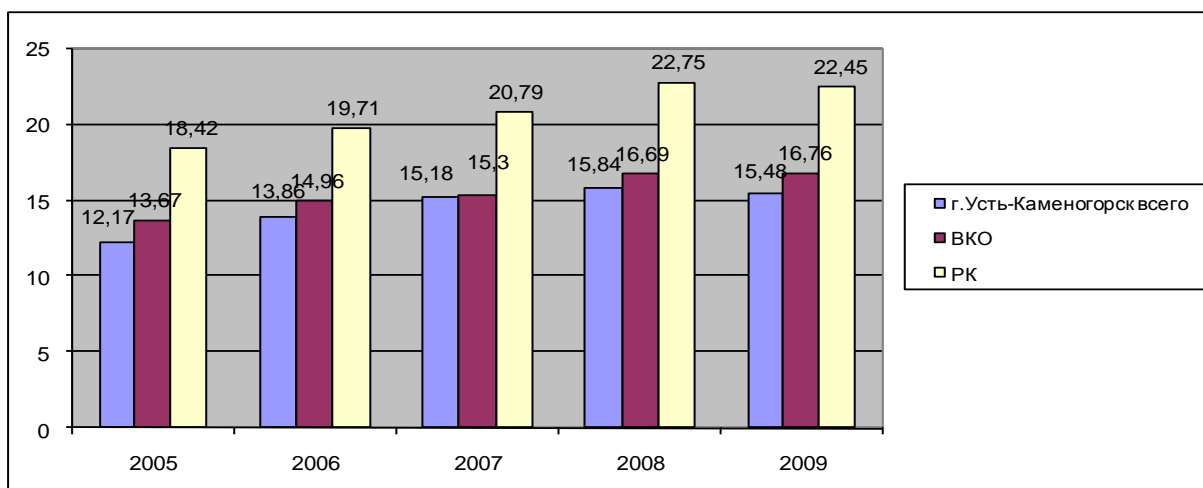
Показатели	2005г.		2006г.		2007г.		2008г.		2009г.	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Число детей умерших до 1 года	65	100	66	100	83	100	127	100	107	100
Из них: в возрасте до 6 дней	46	62,0	43	61,6	52	62,7	95	74,8	82	76,6
в возрасте от 7 дней до 1 месяца	8	14,3	9	15,0	14	16,8	12	9,4	12	12,2
в возрасте от 1 месяца до 1 года	11	22,1	14	23,3	17	20,5	20	15,8	13	12,1

Изменение экологической ситуации и загрязнение окружающей среды ведут к росту заболеваемости, и могут вызывать серьезные генетические последствия. Рождаемость, смертность и заболеваемость являются индикаторным показателем, характеризующим взаимоотношение окружающей среды и человека.

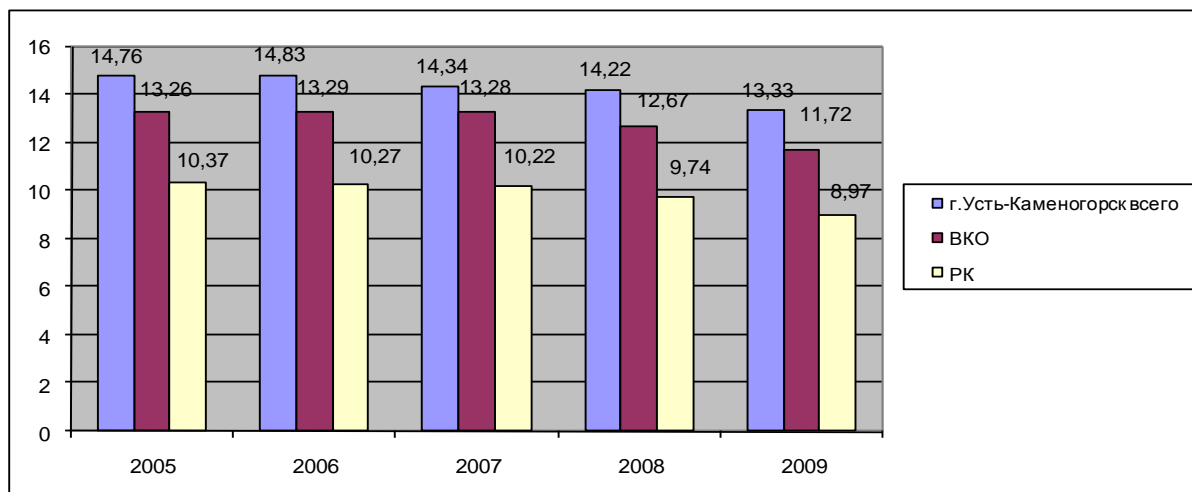
Показатели рождаемости в Усть-Каменогорске в 2009 году составили 15,48 родившихся на 1000 населения. Это на 31,1% ниже, чем в целом по республике и на 7,64% ниже, чем по области. Но, необходимо отметить, что в городе за исследуемый период наблюдается рост рождаемости на 27,7 % (с 11,44 до 15,84), в то время как среднереспубликанский показатель вырос на

20% (с 18,1 до 22,75) (рис. 1). За период исследования по городу, области, также по республике самые высокие показатели были зарегистрированы в 2008г.

Данную тенденцию можно связать скорее с социально-экономическими показателями. Положительные перемены, происходящие в обществе, повышение жизненного уровня, экономическая стабильность и улучшение доступности медицинской помощи, которая оказывается беременным женщинам и детям по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи, отражаются на увеличении показателя рождаемости.



**Рисунок 1 – Уровень рождаемости в г.Усть-Каменогорске, ВКО и РК**



**Рисунок 2 – Уровень смертности в г.Усть-Каменогорске, ВКО и РК**

Смертность в г. Усть-Каменогорске в течении 2005-2008гг. остается на одном уровне (14,76, 14,83, 14,34, 14,22 на 1000 человек соответственно) и с небольшой тенденцией к снижению в 2009 г. -13,33 на 1000 чел. Это выше чем в Казахстане на 32% (8,97), а по Востоно-Казахстанской области на 12%.

В течение исследуемого периода динамика смертности характеризуется стабильностью и снижением на

9,6% по г.Усть-Каменогорску, на 11,6 % по ВКО (с 13,26 до 11,72) и на 13,5% по РК (с 10,37 в 2005г. до 8,97 в 2009г.) (рис. 2).

Анализ причин смертности в г. Усть-Каменогорске в период с 2005 до 2009 г. показал, что основными причинами общей смертности являются болезни кровообращения, новообразования и травмы и отравления (рис. 3).

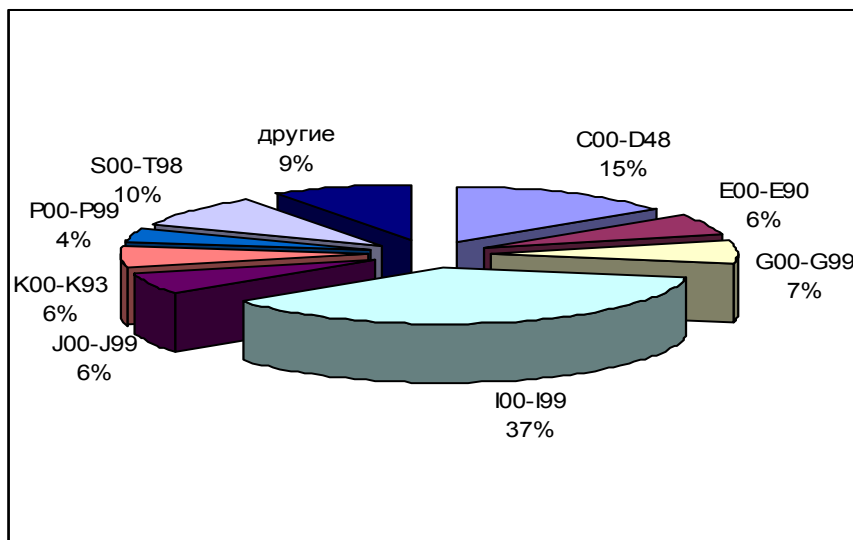


Рисунок 3 – Структура смертности в г. Усть-Каменогорске в 2005-2009 гг.

В то же время болезни органов дыхания занимают 4 место. Столь высокий уровень болезней, которые являются предотвратимыми причинами смерти, может быть обусловлен дополнительной техногенной нагрузкой на организм, связанный со спецификой региона – наличием в г. Усть-Каменогорске предприятия цветной металлургии. Ведь органы дыхания (органы - мишени) первые подвергаются воздействию неблагоприятных факторов внешней среды. В сравнении с г.Шымкент, где уровень болезней органов дыхания уступает болезням нервной системы [5].

В России в северных областях болезни органов дыхания так же занимают 4 место, тогда как в южных областях находятся на 5 месте. Кроме того, в число этих регионов входили гг.Москва и Санкт-Петербург, причем занимали соответственно 2-3 места. Этот факт свидетельствует о роли и возможностях современного здравоохранения в снижении смертности населения - ведь Санкт-Петербург географически находится на территории, где заболеваемость органов дыхания не может не быть высокой.

По данным Евро-Азиатского респираторного общества, несмотря на то, что современная медицина обладает достаточно большим количеством лекарственных препаратов и методов лечения болезней, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) на сегодня является единственным заболеванием среди всех, смертность от которого продолжает расти. Считается, что к 2050 году смертность от хронической болезни легких займет четвертое место после онкологических и сердечнососудистых заболеваний в мире.

Таким образом, за исследуемый период, коэффициент смертности снизился на 9,6%. Основными причинами общей смертности являются болезни кровообращения, новообразования и травмы и отравления. Уровень

младенческой смертности по городу возрос на 58%. Смертность детей в неонатальном периоде выше смертности в постнеонатальном периоде. Зависимость смертности от экологической ситуации требует дальнейшего изучения.

#### Литература:

1. Кошжанова Р.А., Игликова А.Э., Арапбаева Х.К. Анализ заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения в РК //Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, -№ 1, Алматы 2010, С. 18.

2. Максимова Т.М., Белов В.Б., Rogozina A.G. Динамика смертности населения трудоспособного возраста в странах СНГ// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины» № 3, Москва. -2006, - С.3-6.

3. Харченко В.И., Virin M.M., Корякин М.В., Котлярова Л.А. Старение населения России – одна из причин роста смертности от основных болезней системы кровообращения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- № 3. Москва.-2006, С.14-15.

4. Щепин О.П., Белов В.Б., Шаралова А.Г. Европско-Азиатская дифференциация детерминированности смертности россиян //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины,- № 5, Москва.2006,-С.3-7

5. Байдаулет И.О., Досыбаева Н.Г., Асанова Г.К., Шилкова О.В., Саугабаева С.К., Ешенкулова Л.Т. Анализ смертности населения г.Шымкент за период 2006-2010гг.//Мат. Межд. науч.-прак. конференции «Медицинская экология: современное состояние, проблемы и перспективы» Туркестан 2011г.

УДК 616.89-008.441.44

## ПРОБЛЕМА ПРЕДНАМЕРЕННОГО САМОПОВРЕЖДЕНИЯ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ В КАЗАХСТАНЕ

Г.Б. Кожахметова

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Тұжырым

### ҚАЗАҚСТАНДА ӘДЕЙІ ӨЗІН ӨЗІ ЗАҚЫМДАУДАН ӨЛУ ПРОБЛЕМАСЫ

Г.Б. Кожахметова

Өзіне өзі қол жұмсау қоғам денсаулығында салиқалы проблема болып табылады. Мақалада суицид проблемасының әлемдік деңгейде және Қазақстан Республикасында актуалдылығы көрсетілген соңғы кезде өсіп келе жатқан қызығушылық туғызып жүрген зерттеулер табиғат факторларының адамның психоэмоционалдық жайына әсері, экология мен адамның денсаулығы арасындағы патогенетикалық байланыс проблемасы. Суицидке адамның суицидальдық белсенділігіне гелигеофизикалық және метеорологиялық факторлар әсерінің мүмкіндігі қарастырылған әдибиетке талдау жасалған.

Summary

### THE PROBLEM OF SELF-INFLICTED FATAL INJURIES IN KAZAKHSTAN

G.B. Kozhahmetova

Suicide is a serious problem of the public health. This article uncovers the relevance of the suicide as a world-wide problem including the Republic of Kazakhstan. A very big interest of the researchers now days is the influence of the environment factors on the psycho-emotional state of human as a problem of pathogenetic connection between nature environment and human health. The survey of the scientific publications has demonstrated that heliogeophysical and meteorological factors have possible impact on suicide and on suicide activity.

Самоубийство представляет собой серьезную проблему для общественного здравоохранения. Суицид, умышленное самоповреждение со смертельным исходом. Феномен ухода из жизни по своему желанию давно вызывает профессиональный интерес у философов, социологов, психиатров и психологов. Суицид рассматривается как одна из ведущих причин смертей во всем мире. Прогнозируется, что к 2020 году суицид выйдет на второе место в мире как причина смерти, обойдя рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям. [1]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (далее ВОЗ), ежедневно в мире добровольно уходят из жизни около 3 тыс. человек, ежегодно – примерно 1 млн. человек, что составляет 1,5% все смертельных случаев [2]

Суицид можно рассматривать как показатель изменений в социальной, экономической и политической жизни страны, как индикатор жизнедеятельности общества, его благополучия. Суицидальная активность граждан страны и исход этих действий, явственно отражает проблемы в обществе. Всесторонний анализ проблемы суицида способен дать определенную оценку происходящим событиям в обществе.

Всемирная организация здравоохранения делит все страны по показателю суицида на три группы: с низким уровнем самоубийств (до 10 человек в год на 100 тысяч населения), средним (от 10 до 20 человек на 100 тысяч населения) и высоким (свыше 20 человек на 100 тысяч населения). Низкие показатели, чаще всего, отмечаются в странах Латинской Америки, арабских и некоторых Азиатских странах, например в Аргентине, Бразилии, Кувейте и Таиланде. Средние показатели, в основном, в странах Центральной и Северной Европы, Северной Америке, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана (Австралия, Канада, Индия, Новая Зеландия, США). Частота законченных самоубийств на 100 000 населения высока как для большинства экономически высокоразвитых стран, так и для Казахстана. В начале нового века по уровню самоубийств первое место занимала Литва – 44,1 суицида на 100 тыс. жителей, второе – Российская Федерация (39,4), третье – Беларусь (34,9). Далее следовали: Венгрия (32,6), Латвия (32,4), Казахстан (29,9), Украина (29,6), Эстония (27,5), Япония (24,1) и Шри-Ланка (21,6) (рис. 1). [3],[4].

В Казахстане, по данным Госкомстата за 2007г. смертность от самоубийств в республике достигла 26,9 на 100 000 человек. Последнее десятилетие число самоубийств в Казахстане составляет 27-29 человек на 100 тысяч населения. [5]. И в среднем 54,7 на 100 тысяч населения среди мужчин, что превышает пороговый уровень более чем в два раза (Рис.2), среди женщин этот показатель составил 9,24 (Рис.3)

В разрезе регионов Казахстана [5]:

- 1) в Северо-Казахстанской области (59 суицидов на 100 тыс. населения),
- 2) Восточно-Казахстанской (55),
- 3) Карагандинской (39),
- 4) Атырауской (29,3),
- 5) Кызылординской области – 13,2 суицида на 100 тыс. населения,
- 6) в Южно-Казахстанской – 14,1.

Попытки объяснить увеличение числа самоубийств только социально-экономическими трудностями не всегда оправданы. Характерно, что высокий уровень суицидов отмечается в экономически благополучных странах, в то время как низкий - в странах с относительно невысоким уровнем экономического развития.

Анализ литературы, в которой приведены статистические данные, показывает, что уровень самоубийств в определенной степени зависит от интенсивности ряда социальных процессов, приводящих к дезадаптации целые категории населения. Опыт мировой суицидологической практики полон примеров существования известных корреляций между частотой самоубийств и такими переменными, как степень индустриализации, урбанизации, экономической нестабильности, интенсивности миграционных потоков, нарушения жизненных стереотипов под воздействием социальных и политических преобразований. Кроме того, следует учитывать важную роль ослабления традиционных социальных институтов, регламентирующих взаимоотношения между поколениями и отдельными людьми, степенью дезинтеграции общества и его культурными традициями. Очевидно, что значительное увеличение числа самоубийств является тревожным симптомом болезни нашего общества, который в полной мере затронул и молодой возраст [7].



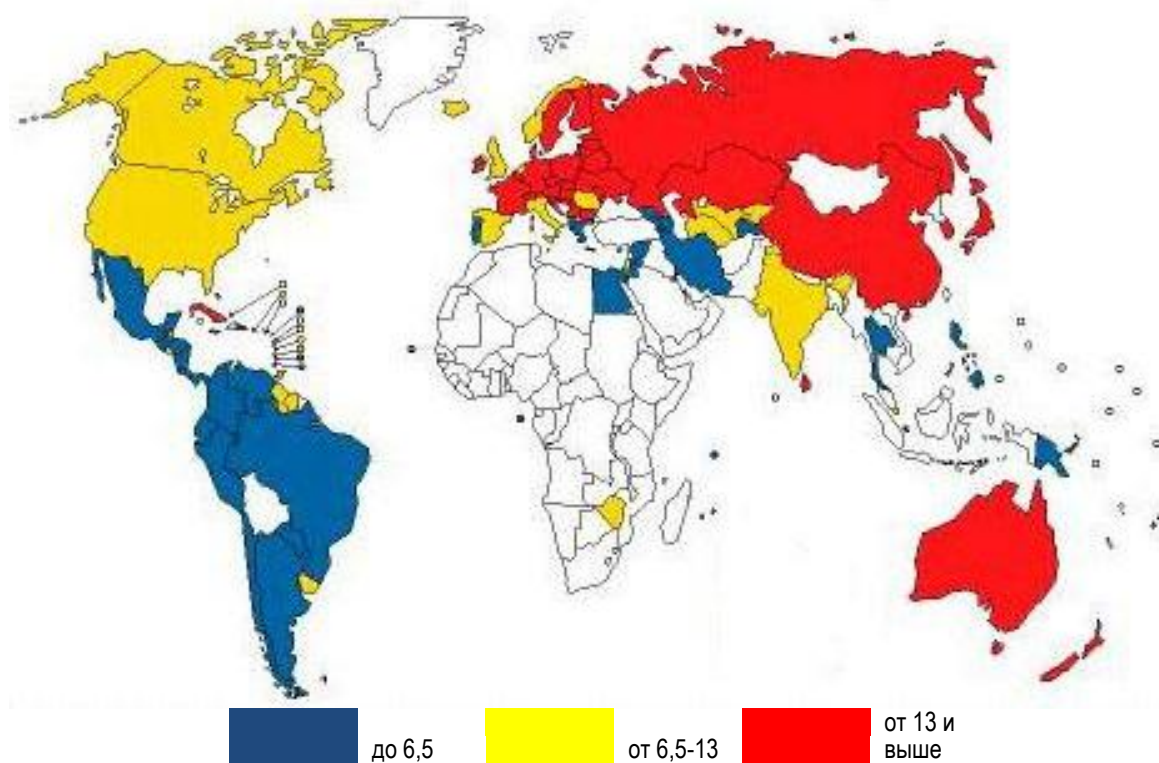


Рис.1-Распространенность самоубийств в мире на 100 тыс. населения за 2002 год.

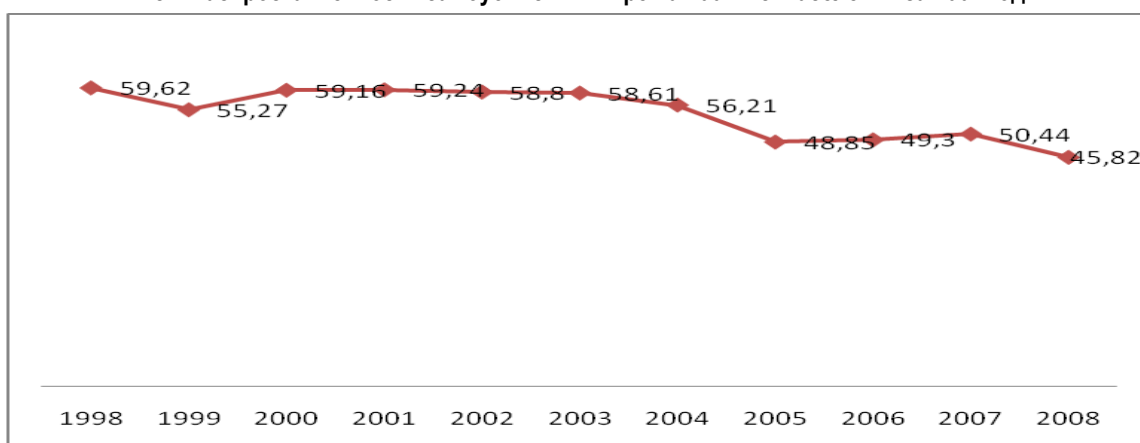


Рис.2-Совершенный суицид в Республике Казахстан на 100 тыс. населения среди мужчин.

В последние десятилетия XX в. отмечено резкое возрастание и изменение структуры суицидальной активности населения большинства стран мира. Если в начале и середине прошлого столетия, как и на протяжении, практически, всего известного периода существования цивилизации, суицид был уделом, прежде всего лиц старших возрастных групп, то в современных условиях все более частыми становятся самоубийства и практически повсеместно распространенными – суицидальные попытки у лиц молодого возраста. Уже сейчас в Казахстане в группе молодежи в возрасте 15-34 лет суицидальная смертность входит в «тройку» лидирующих причин смерти [8].

Одним из возможных объяснений является социально-экономические процессы, однако, аналогичные тенденции суицидальности у подростков и молодых людей прослеживаются как в странах с переходной экономикой, так и в странах с экономикой и политической стабильностью, что наталкивает на поиск иных факторов, влияющих на динамику самоубийств и суицидального поведения. Вероятной причиной могут быть

изменения, происходящие в физиологии человека, нарушения адаптации его к факторам окружающей среды.

В последнее время все больший интерес вызывает влияние природных факторов на психоэмоциональное состояние человека как проблема патогенетической связи экологии и здоровья человека, она обсуждается на международных конференциях и симпозиумах.

В Казахстане реализуется совместный проект ВОЗ и Министерства Здравоохранения по Адаптации здравоохранения к изменению климата, в котором рассматривается и возможное влияние на суицидальную активность граждан метеорологических факторов. В большинстве работ по проблемам экологии обсуждается вредное влияние промышленного загрязнения окружающей среды на здоровье человека. Влиянию гелиогеофизических и метеорологических процессов на психическую деятельность уделяется пока гораздо меньше внимания. Однако в масштабах популяции это влияние становится более существенным и может



приводить к изменениям состояния здоровья больших групп людей [9].

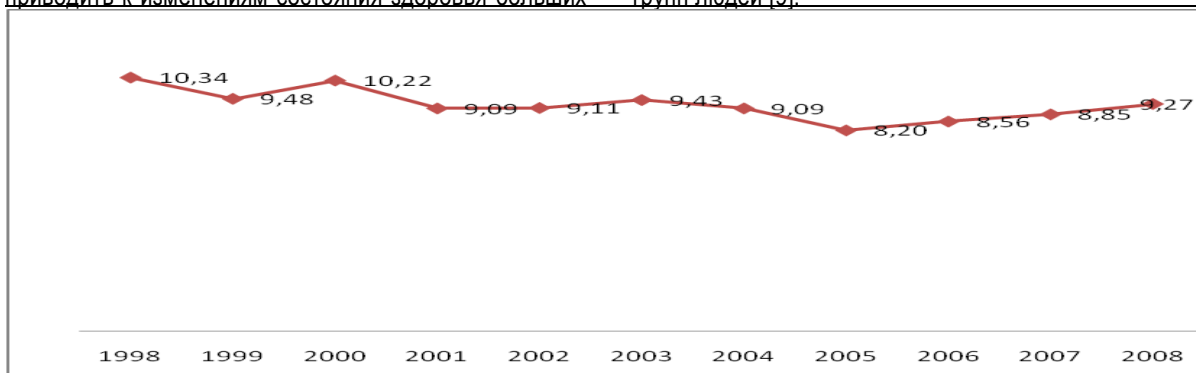


Рис.3- Совершенный суицид в Республике Казахстан на 100 тыс. населения среди женщин.

Связь географического положения и смертности от суицида изучал Х.Морселли более 120 лет назад. MorSELLI H. Suicide: An Essay on Comparative Moral Statistics. N.Y.: D. Appleton and Co., 1882 [10]. Он пришел к заключению, что максимальная смертность от суицида в Европе отмечалась у этносов между 47 и 57 градусами северной широты и между 20 и 40 градусами восточной долготы. Он утверждал также, что страны с теплым климатом в наибольшей степени благоприятствуют самоубийствам, верхний пик которых приходится на летние месяцы, а нижний – на зимний период. Частота самоубийств заметно варьирует в зависимости от времени года, эта закономерность устойчиво наблюдается в северном полушарии, не столь же отчетливо в южном [11]. Сезонность в смертности от суицида играет значимую роль в северном полушарии [12], и малую – в Австралии [13] и Калифорнии [14], расположенных ближе к экватору и не отличающихся сильными перепадами сезонных температур, сезонные вариации самоубийств там статистически недостоверны. Было обнаружено также, что самоубийства наиболее часто случаются в полуденные часы [15].

Были проведены ряд исследований в которых было обнаружено, что при переезде человека в регион, отличающийся экстремальными геофизическими и погодными факторами, в структуре личности начинают выступать ипохондрические черты, склонность к плохому настроению, нарастание тревоги, ограничение социальных контактов [16].

В настоящее время существуют концепции, обосновывающие формирование эндогенных ритмов всех живых существ и человека под влиянием гелиогеомагнитных факторов [17,18].

J.Треpińska с соавторами в результатах проведенного исследования показали: что больше самоубийств происходит при наступлении холодных фронтов воздуха, при быстром снижении атмосферного давления, в жаркие и душные дни, дни с грозами и жаркими ветрами [19].

Связь поведения человека с гелиогеофизическими факторами (солнечной активностью) впервые показана в начале прошлого века А.Л. Чижевским [20].

Фресс П. в своей работе посвященной эмоциям человека выявил связь обострений депрессивных состояний с гелиогеофизическими факторами, включая гравитационные показатели, описаны легкие метеореакции у здоровых людей в периоды неблагоприятных погодных условий, которые выражались в изменении настроения и появлении головных болей. [21] Существует ряд суицидальных констант, в число которых входят не только сознательный характер самонасилия, но и стабильность сопровождающих самоубийство факторов, а именно, времени суток, пола, возраста и сезона года [22,23].

Preti А и соавторы подтвердили вывод А.Л. Чижевского о том, что сезонность законченных самоубийств выражена в виде весеннего пика и зимнего снижения. В настоящее время не вызывает сомнения, что помимо индивидуальных факторов, например, межличностных конфликтов и других реакций, внешние факторы, погода и др. оказывают решающее влияние на выполнение попытки самоубийства [24,25,26].

Из-за высокой разницы в методологии невозможно точно идентифицировать определенное погодное состояние, связанное с более высоким риском самоубийства. Погода и сезонные эффекты могут взаимно усиливать друг друга [27].

Результаты изучения влияния метеорологических факторов на самоубийства имеют неокончательный и часто противоречивый характер. Это происходит из-за разнообразия методологических приемов, малого количества наблюдений и вариабельности определения самоубийства [28]. Даже определенные способы самоубийств группировались в их традиционные кластеры на основе сезонности [29]. Найдено увеличение риска самоубийства на 17,0 % для людей, рожденных весной или в начале лета, по сравнению с рожденными в осенние месяцы или в начале зимы, причем это увеличение риска было больше для женщин (на 29,6 %), чем для мужчин (на 13,7 %) [28]. Авторы объясняют это гелиогеомагнитными влияниями в период эмбрионального развития.

M.J.Gomez, Gonzalez с соавторами в Испании нашли сезонную зависимость частоты самоубийств у женщин с пиком весной (или в начале лета) и осенью (октябрь и ноябрь) [29]. В своих исследованиях А.Polewka и соавторы получили аналогичные результаты [30].

T.Partonen с соавторами в крупномасштабном исследовании проведенном в Финляндии по изучению самоубийств в связи с космофизическими факторами. Сделали вывод проанализировав данные о 1397 самоубийствах: самоубийства изменяются по сезонам года и в связи с температурой окружающей среды. Изменения погоды коррелируют с ежемесячным распределением завершенных и незавершенных самоубийств, противоположно в зависимости от пола: у мужчин самоубийства значимо положительно связаны с температурой и интенсивностью инсоляции и отрицательно – с влажностью и осадками. У женщин самоубийства менее существенно связаны с погодой. Климат вносит свой вклад в эти процессы, накладывая свой отпечаток на настроение и поведение, а также и на частоту и интенсивность взаимодействия в социуме [31].

J. Sitar [32] нашел, что самоубийство или импульсивное причинение телесных повреждений другому человеку (обычно без экономического или сексуального побуждения) статистически значимо связано с внезапным изменением погоды, в то время как кража и насилие не зависят от изменений погоды, и их частоты коррелируют с лунным

ритмом. В полнолуние и в ближайшие от него дни агрессивность уменьшена, а не увеличена, как иногда заключают по немногим наблюдениям и впечатлениям.

Изучены отношения между Ар-индексом геомагнитной штормовой активности и самоубийствами. Среднее число самоубийств было самое большое весной у мужчин и женщин, и самое низкое осенью у мужчин и летом у женщин. Частота самоубийств среди женщин увеличивалась значимо осенью параллельно усилению геомагнитной штормовой активности ( $P=0,01$ ). У мужчин этого не наблюдалось ( $P=0,16$ ). Это позволяет предложить, что волнения в окружающих электромагнитных полях действуют на поведение в клинически значащей степени

Человек своими жизненными функциями тесно связан с естественными экосистемами и полностью зависит от их целостности и нормального функционирования. Сложный комплекс живых организмов формирует и поддерживает физические условия в биосфере, сбалансированный состав атмосферы, самоочищение природных вод, естественное плодородие почв и т.д., т.е. весь комплекс условий существования человека как живого организма [33]. Человечество отличается сложной организацией являясь социальной системой, которая обладает комплексом небиологических потребностей, связанных с производством, транспортом, бытом, культурой и т.д. Для их осуществления человечество черпает ресурсы из окружающей природной среды, в том больших масштабах, чем более развиты наука и техника, и чем более высок уровень культуры, что приводит к определенным экологическим сдвигам.

Специалисты ООН, отмечают что: «статистические данные о суицидах, какими они являются сегодня, не заслуживают доверия. Слишком много суицидов не называются своими собственными именами». Как правило, небольшая доля замаскированных суицидов скрывается за рубрикой «несчастные случаи» и «дорожно-транспортные происшествия» [34]. Как отмечалось выше распространенность суицида в мире достаточно велика, но истинный ее показатель несравнимо больший, чем те цифры которые предоставляет нам официальная статистика. Нельзя переоценить важность изучения самоубийства. Поскольку социальная норма числа самоубийств характеризуется постоянством, превосходящим норму общей смертности, то изучению в первую очередь подвергаются резкие скачки общего (среднегодового или среднемесячного) показателя самоубийств – как ответной реакции на общественные кризисы.

Уровень самоубийств в Казахстане диктует необходимость изучения этой проблемы, в том числе и статистических данных. Не подлежит сомнению значимость и необходимость дальнейших углубленных, систематических исследований проблемы суицида. Только наиболее полное выявление причин феномена суицида, его «характерных» черт и особенностей проявления, анализ истинного масштаба в пределах страны и конкретного региона могут служить основой для разработки комплексной системы многопрофильной профилактики данного явления.

#### Литература:

- 1) Солодова А. Склонность к самоубийству зависит от развитости интеллекта – Infox.ru, 4 июня 2010 года. URL: <http://infox.ru/science/enlightenment/2010/06/03/Pryedraspolozhyennos.phtml>
- 2) Самоубийцы среди нас – Интерфакс, 10 сентября 2008 г. «Социология: Право на смерть». Психологическая газета, №11(26), 1997 г.).
- 3) Сайт ВОЗ «Fathers For Life» / URL: <http://www.suicide.org/international-suicide-statistics.html>
- 4) Сайт ВОЗ «Mental health», Suicide prevention (SUPRE) / URL: <http://www.iasp.info/>

5) Алтынбеков С.А. Депрессии и суицидальное поведение, 2007г.

6) База данных Странового офиса ВОЗ в Казахстане. SDR, suicide and self-inflicted injury all ages, 1985-2008.

7) Донбаев С.У. Социально-психологические и физиологические условия формирования суицидальной активности и способы ее регуляции. Дисс. работа, докт.мед.наук, Семипалатинск 2009 г., 6-7 с.

8) Самоубийства. Сайт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) /URL: <http://www.who.int/features/qa/24/ru/index.html>

9) (Опенко Т.Г., Системный анализ феномена самоубийств.) ООО «Альфа-Виста», г. Новосибирск, 2009г.)

10) Мягков А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств //Социологические исследования. 2004. № 3. С. 83 - 92.

11) Dublin L. Suicide. N.Y.: The Ronald Press, 1963.

12) Kevan S. Perspectives on season of suicide: A review // Social Science and Medicine. 1980. Vol. 14. № 3. P. 369-378.

13) Edwards J.E., Whitlock F.A. Suicide and attempted suicide in Brisbane // Medical Journal of Australia. 1968. Vol. 1. № 6. P. 932-938.

14) Maldonado G., Kraus J.F. Variation in suicide occurrence by time of the day, day of the week, month and lunar phase //Suicide and Life-Threatening Behavior. 1991. Vol. 21. № 2. P. 174-188.

15) Lester D. Seasonal variations in suicide deaths // British Journal of Psychology. 1971. Vol. 118. № 4. P. 627-628

16) Хаснулин В.И., Хаснулина А.В., Волкова Т.В. Реакции человека на метеорологические средовые факторы // Гелиогеофизические факторы и здоровье человека /Материалы междунар. симп. 15–16 ноября 2005 г. – Новосибирск, 2005. – С. 15–16.

17) Казначеев В.П., Трофимов А.В. Очерки о природе живого вещества и интеллекта на планете Земля: Проблемы космопланетарной антропоэкологии. – Новосибирск: Наука, 2004. – 312 с.

18) Трофимов А.В. Пренатальное гелиогеофизическое импринтирование и индивидуальные особенности восприятия человеком геокосмических потоков // Вестн. МИКА. – 1996. – № 3. – С. 24–32.

19) Trepinska J., Piotrowicz K., Bakowski R. et al. Influence of weather factors on suicidal hangings // Przegl. Lek. – 2005. – N 62 (8). – P. 788–794.

20) Чижевский А.Л. Земное эхо солнечных бурь. – М.: Мысль, 1976

21) Фресс П. Эмоции. Экспериментальная психология. – Вып. 5. – М., 1975.

22) Deisenhammer E.A. Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behaviour // Acta Psychiatr. Scand., 2003. – Dec. – N 108(6). – P. 402–409.

23) Deisenhammer E.A., Kemmler G., Parson P. Association of meteorological factors with suicide // Acta Psychiatr. Scand., 2003. – Dec. – N 108(6). – P. 455–9.

24) Partonen T., Haukka J., Nevanlinna H. et al. Analysis of the seasonal pattern in suicide // J Affect Disord. – 2004. – Aug. – N 81 (2). – P. 133–139.

25) Preti A. The influence of climate on suicidal behaviour in Italy // Psychiatry Res. – 1998. – Mar 20. – N 78 (1–2). – P. 9–19.

26) Preti A., Miotto P. Influence of method on seasonal distribution of attempted suicides in Italy // Neuropsychobiology. – 2000. – Jan. – N 41(2). – P. 62–72.

27) Balestrieri M., Rucci P., Sbrana A. et al. Lifetime rhythmicity and mania as correlates of suicidal ideation and attempts in mood disorders // Compr. Psychiatry, 2006. – Sep-Oct. – N 47(5) / – P. 334. – T. 41. Pub. 2006. – Apr. 21.

28) Salib E., Cortina-Borja M. Effect of month of birth on the risk of suicide // Br J Psychiatry. – 2006. – May. – N 188. – P. 416–22.

29) Gomez Gonzalez M.J., Alonso Garcia C., Pinana Lopez A. Effects of bioclimatology on suicides // Aten Primaria., 1997. – Mar 15. — N 19 (4). – P. 177–82.

30) Polewka A., Groszek B., Targosz D. et al. The frequency of suicide attempts depending on gender and the age structure // Przegł. Lek. – 2004. – N 61(4) – P. 265–268.

31) Partonen T., Haukka J., Viilo K. et al. Cyclic time patterns of death from suicide in northern Finland // J. Affect Disord. – 2004. – Jan. – N 78(1). – P. 11–19.

32) Sitar J. Chronobiology of human aggression // Cas. Lek. Cesk. – 1997. – Mar 19. – N 136(6). – P. 174–180.

33) Казначеев В.П., Трофимов А.В. Очерки о природе живого вещества и интеллекта на планете Земля: Проблемы космопланетарной антропозкологии. – Новосибирск: Наука, 2004. – 312 с.

34) Пилягина Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинко-типологические аспекты диагностики и лечения: Автореф. дис. докт. мед. наук: 14.01.16. – Киев, 2004. – 32 с.

УДК 614.2:611.018.5 (574)

## АНАЛИЗ ЗАГОТОВКИ ДОНОРСКОЙ КРОВИ В КАЗАХСТАНЕ

Д.М. Кульмирзаева<sup>1</sup>, Н.С. Игисинов<sup>1</sup>, Ж.К. Буркитбаев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Институт общественного здравоохранения АО «Медицинский университет Астана»,  
<sup>2</sup>РГП на ПХВ «Научно-производственный центр трансфузиологии» г. Астана

### Түжырым

#### ҚАЗАҚСТАНДА ДОНОРЛЫҚ ҚАН ДАЙЫНДАУ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ САРАПТАМАСЫ

Д.М. Құлмырзаева, Н.С. Игісінов, Ж.К. Бүркітбаев

Қазақстанда донорлық қан дайындау көрсеткіштерінің сараптамасы 2000-2010 ж. аралығында өз еркімен тапсырылған донорлық консервирленген қан үлесінің 2000 ж. 92,6%-дан (130 122,0 л) 2010 ж. 68,5%-ға (117 135,6 л) дейін азайғанын аңғартады. Динамикада өз еркімен тапсырылған донорлық дайындалған және консервирленген қанның теңдестірілген көрсеткіштері ұдайы азаюды көрсетеді ( $T_{\text{ө}}=-0,06\%$ ,  $T_{\text{ө}}=-2,45\%$  сәйкес).

### Summary

#### ANALYSIS OF THE DONOR BLOOD BANKING IN KAZAKHSTAN

D. Kulmirzayeva, N. Igissinov, Zh. Burkitbayev

The analysis of donor blood banking in Kazakhstan in 2000-2010 showed a decrease of collected preserved blood from non-remunerated donors from 92.6% (130,122 l) in 2000 to 68.5% (117,135 l) in 2010. In the dynamics the aligned indices of collected blood and preserved blood from non-remunerated donors tended to decrease ( $T=-0,06\%$ ,  $T=-2,45\%$ , respectively).

**Актуальность** Национальные потребности в крови частично определяются мощностью системы здравоохранения страны, а также объемом предоставляемой медицинской помощи населению. В развитых странах с современными системами здравоохранения спрос на кровь продолжает увеличиваться для проведения все более сложных медицинских и хирургических процедур, оказания помощи при травмах и лечении заболеваний крови [1].

В странах, в которых диагностические и лечебные возможности являются более ограниченными, большинство переливаний назначаются для лечения осложнений во время беременности и родов, острой анемии у детей, травм и лечения врожденных заболеваний крови. Кровотечения, например, составляют свыше 25% от общего числа 530 000 случаев материнской смертности ежегодно, причем 99% из них приходятся на развивающиеся страны [2].

Таким образом, многие достижения в области медицины, которые улучшили качество лечения серьезных заболеваний и травм, увеличили потребность в переливании крови для выживаемости пациентов, для их поддержки в период восстановления или для сохранения их здоровья, однако во многих развивающихся странах и странах с переходной экономикой существует значительный разрыв между потребностями в крови и поставками крови.

Немаловажную роль в низких поставках крови играет абсолютный брак крови, поскольку заготовленная кровь, оказавшаяся после скрининга абсолютным браком, не учитывается при подсчете общего количества крови [3].

Таким образом, повышение объемов заготовки крови, обеспечение безопасной донорской кровью и снижение количества браков крови являются одними из важных задач Службы крови страны.

**Цель исследования:** провести анализ заготовки донорской крови в организациях Службы крови Республики Казахстан.

**Материалы и методы:** Материалами для исследования послужили данные сводных отчетов Республиканского центра крови по донорству крови и ее компонентов в целом по республике (форма 39). Использованы данные о численности населения Агентства Республики Казахстан по статистике с 2000 по 2010 гг. [4-7]. Изучаемый период составил 11 лет (2000-2010 гг.).

По общепринятым методам санитарной статистики [8, 9] вычислены экстенсивные, интенсивные, выравненные показатели. Определены среднее значение, средняя ошибка, 95% доверительный интервал (95% ДИ) и среднегодовые темпы прироста ( $T_{\text{пр}}$ , %). Динамика донорства крови изучена в течение 11 лет, при этом тренды определены методом наименьших квадратов.

**Результаты исследования:** Всего в 2000 году было заготовлено 148 390,8 л донорской крови, в 2010 году – 176 280,6 л. Среднее количество донорской крови за 11 лет составило 166 223,0±4 464,7 л (95% ДИ=157 472,1–174 973,8 л). Темп прироста составил  $T_{\text{пр}}=+4,8\%$ . Данный показатель включает в себя донорскую кровь консервированную и кровь без консервантов (рисунок 1).

При этом, несмотря на увеличение количества консервированной крови с 94,7% (140 584,0 л) в 2000 году до 97,0% (172 659,3 л) в 2010 году, количество заготовленной консервированной донорской крови от безвозмездных доноров (БД) с каждым годом уменьшается. Так в 2000 году данный показатель составлял 92,6% (130 122,0 л), а в 2010 году – 68,5% (117 135,6 л). Среднее количество за 2000-2010 годы составило 82,7±2,4% (95% ДИ=77,9–87,4). Темп убыли равен  $T_{\text{ө}}=-2,84\%$ .

Процент абсолютного брака при заготовке консервированной донорской крови за 10 летний период снизился с 3,7% (2000 г.) до 0,5% (2009 г.).

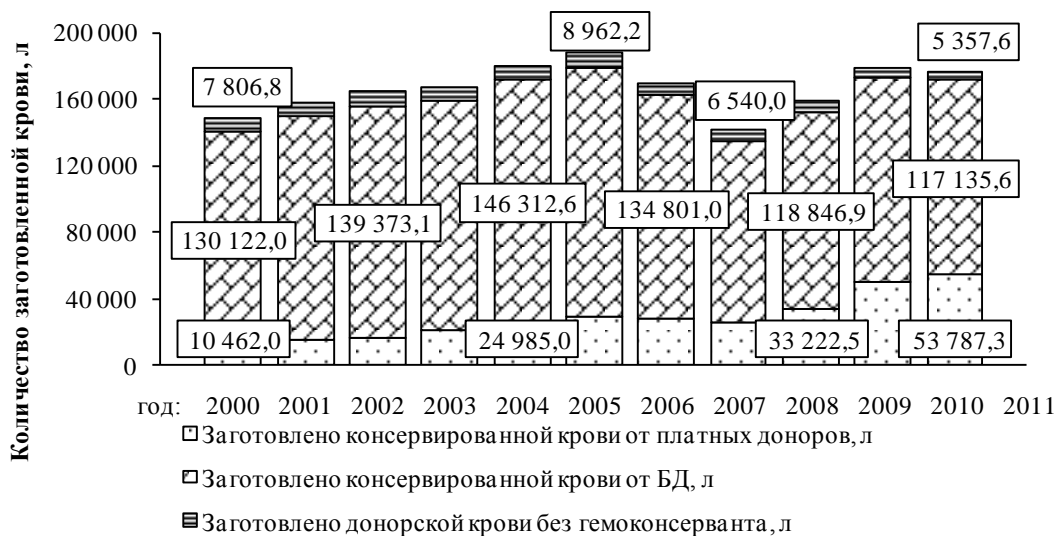


Рисунок 1. Общее количество заготовленной крови за 2000-2010 гг.

Показатель заготовки крови на 1 000 населения в 2000 году был равен  $9,96 \pm 0,03$ , в 2010 году –  $10,88 \pm 0,03$ , а для консервированной крови от БД показатель составил –  $8,73 \pm 0,02$  и  $7,23 \pm 0,02$  соответственно.

Среднегодовой показатель для заготовленной крови составил  $10,90 \pm 0,29\%$  (95% ДИ= $10,33-11,46\%$ ). Наблюдается незначительный положительный темп

прироста ( $T_{пр} = +0,89\%$ ). Показатель для консервированной крови от БД был равен  $8,62 \pm 0,32\%$  (95% ДИ= $7,99-9,2\%$ ). Темп убыли составил  $T_{уб} = -1,87\%$ .

В динамике выравненные показатели для заготовленной крови и консервированной крови от БД имели тенденцию к снижению. Темпы убыли составили  $T_{уб} = -0,06\%$ ,  $T_{уб} = -2,45\%$  соответственно (рисунок 2).

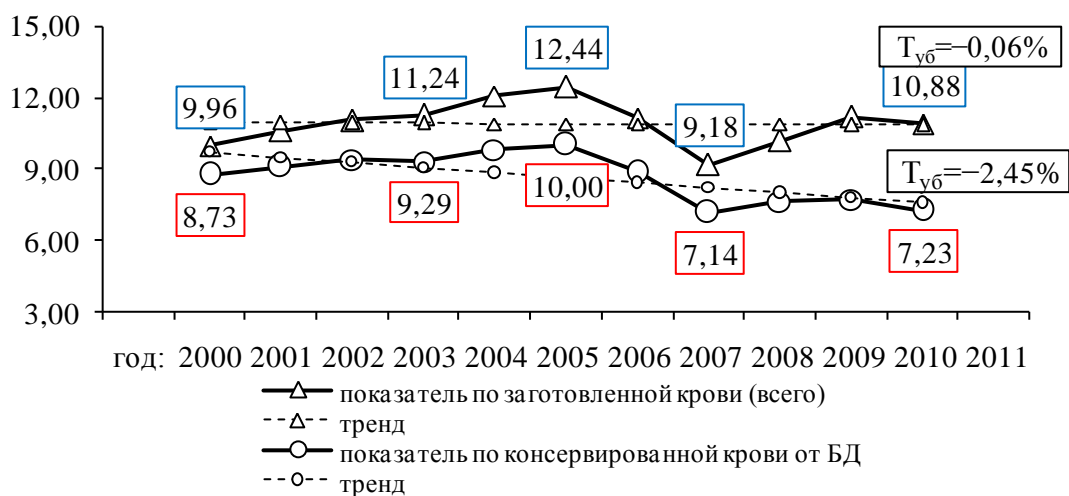


Рисунок 2. Динамика показателей по заготовленной крови за 2000-2010 гг.

**Обсуждение:** Проведенный анализ количества заготовленной крови в Казахстане за 2000-2010 годы показывает, что, несмотря на увеличение общего количества заготовки крови, в пересчете на 1 000 населения данный показатель имеет тенденцию к снижению, включая количество заготовленной крови от безвозмездных доноров. Сложившаяся картина говорит о необходимости изучения причин снижения добровольного безвозмездного донорства и совершенствования мероприятий по увеличению донорства крови в целом по стране.

**Литература:**

1. К стопроцентному добровольному донорству крови: глобальная стратегия действий ВОЗ, 2011. – 140 с.

2. Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva, World Health Organization, 2007.

3. Сергеева Е.Е., Красовская В.Г. Опыт отделения заготовки крови и ее компонентов по снижению уровня абсолютного брака// Гематология и трансфузиология Казахстана. – №3 (5). – 2005. – С.4

4. Демографический ежегодник Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2005. – 448 с.

5. Демографический ежегодник Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2007. – 389 с.

6. Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астана, 2009. – 637 с.

7. Демографический ежегодник Казахстана. Статистический сборник. – Астана, 2011. – 592 с.

8. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. Л.: Медицина. – 1974. – 384 с.

9. Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. М. – 1999. – 460 с.

УДК 616.718.43-001.5-08

**ЧАСТОТА И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА**

**М.А. Жанаспаев, Г.Н. Дуйсембаева, Р.И. Назимов, Н.А. Бокембаев, Ж.М. Садыков**

**Государственный медицинский университет города Семей,  
КГКП «Больница скорой медицинской помощи» г. Семей, УЧМК «Венера» г. Семей**

**Тўжырым**

**ОРТАН ЖІЛІКТИҢ ҰРШЫҚТЫҚ СЫНЫҚТАРЫН ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ**

**М.А. Жанаспаев, Г.Н. Дуйсембаева, Р.И. Назимов, Н.А. Бокембаев, Ж.М. Садыков**

Зерттеудің мақсаты ортан жіліктің ұршықтық сынықтарының әлеуметтік маңызын ретроспективтік тексеру болып табылады. Олардың жиілігі бір жылда 100000 халыққа шаққанда 21,07 жағдай болды. Еңбекке қабылетті жаста ұршықтық сынықтар көбінесе еркектерде байқалды және жарақаттың негізгі механизмі жол көлік жарақаты, биіктіктен құлау және бойының биіктігінен құлау болып табылады. Ұршықтық сынықтармен 60 жастан асқан адамдардың ішінде әйелдер көбірек болды, бұл кезде жарақаттың негізгі механизмі үйде немесе көшеде бойының биіктігінен құлау болды. Емдеу нәтижелерін тексеру барысында интра-экстремедуллярлық құлыптама остеосинтез өзін жақсы көрсетті, ол Харрис шкаласы бойынша 82,3% жағдайда өте жақсы және жақсы нәтижелерді қамтамасыз етті.

**Summary**

**EPIDEMIOLOGY AND RESULTS OF TREATMENT OF TROCHANTERIC FEMORAL FRACTURES**

**M.A. Zhanaspaev, G.N. Duisembayeva, R.I. Nazimov, N.A. Bokembayeva, Zh.M. Sadykov**

The aim of study was to investigate retrospectively the social significance and outcomes of treatment of trochanteric fractures. Their rate was 21,07 cases on 100000 of people per year. In capable for work age trochanteric fractures appeared mostly in men and the most important causes of fracture were road traffic accident fall from height and fall during walking on the street. In age more than 60 years prevailed women and the most important causes of fracture were fall during walking at the street or at home. Investigation of outcomes of treatment has shown that intra-extramedullary interlocking device provided excellent and good results in 82,3% of cases and was the best method of choice.

**Введение.** Вертельные переломы бедра (ВПБ) составляют по данным разных авторов, от 3 до 6% всех переломов костей скелета (1). Причем они наиболее часто встречаются в пожилом и старческом возрасте, что дает основание относить их к категории опасных для жизни травм. Это связано с тем, что следствием таких повреждений почти всегда является обездвиженность пострадавших, приводящая к гипостатическим осложнениям. Ввиду этого исследование их эпидемиологии и результатов лечения имеют большое практическое значение, и является актуальной проблемой современной травматологии.

**Материал и методы исследования.** Нами было проведено ретроспективное исследование частоты и результатов лечения ВПБ по данным г. Семей. С этой целью были проанализированы истории болезней больных с ВПБ за 2004 -2007г.г. и изучены результаты

лечения согласно шкалы Harris (2) и опросника RAND SHORT FORM 36 (3).

**Результаты и обсуждение.** Уровень ВПБ в г. Семей на 100 тыс. населения за изученный период составил в среднем 21,07 случаев в год, в то же время у лиц старше 50 лет он был 83,55 случая на 100 тыс. населения в год. Сведения о структуре повреждений бедра в сравнении с данными других авторов представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, повреждения проксимального отдела отмечаются у 60,7% пациентов с переломами бедра, а четверть из них оставляют вертельные переломы. Средний возраст наших больных составил 70,6 года.

Половозрастная характеристика больных, обратившихся в приемный покой БСМП г. Семей в 2005-2007 гг. представлена в таблице 2.

**Таблица 1. Структура повреждений бедра.**

Частота переломов различных отделов бедра	По данным исследования в г. Пермь (4)	По данным исследования в г. Каоциунг (5)	По данным исследования в г. Ташкент (1)	По данным исследования в г. Семей
Дистальный отдел		17,9	16,3	10,7
Диафиз		21,8	25,4	28,6
Проксимальный отдел		61,3	59,3	60,7
Среди переломов проксимального отдела перелом шейки	62,9	59,4	82,2	78,5
ВПБ	37,1	40,6	17,8	21,5

**Таблица 2. - Половозрастная характеристика больных с ВПБ**

Возраст	Муж. абс.	%	Жен. абс.	%	Всего	%
20-29	7	3,7	0	0	7	3,7
30-39	6	3,2	2	1,0	8	4,2
40-49	10	5,3	2	1,0	12	6,3
50-59	15	7,9	7	3,7	22	11,6
60-69	12	6,3	17	9,0	29	15,3
70-79	16	8,5	36	19,1	52	27,6
80-84	0	0	40	21,2	40	21,2
85 и более	0	0	19	10,1	19	10,1
Всего	66	34,9%	123	65,1%	189	100%

Как видно из таблицы, среди лиц с вертельными переломами в возрасте до 59 лет преобладают мужчины, в возрасте же 60 лет и старше начинают преобладать лица женского пола, более того в возрасте старше 80 лет не отмечено ни одного мужчины с вертельным переломом бедра. По данным статистического бюро г. Семей мужчин этого возраста примерно в три раза меньше, чем женщин. Но полное отсутствие зарегистрированных ВПБ у мужчин старше 80 лет и наиболее их высокая частота у

женщин (таблица 3), возможно объясняется тем, что в этой возрастной группе женщины в большей степени одиноки и вынуждены перемещаться как в пределах дома, так и в уличных условиях, что сопровождается высоким риском возникновения ВПБ. То есть, около 60 ВПБ за 2005-2007 гг. (20 переломов в год) у женщин помимо других причин, имеют ещё и социальные, что предполагает возможность их профилактики, путем социальной защиты одиноких лиц пожилого возраста.

**Таблица 3. Частота ВПБ на 100000 населения в зависимости от возраста и пола**

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
20-29	7,9	0	3,7
30-39	9,1	3,0	6,3
40-49	16,3	4,0	9,5
50-59	35,7	12,0	22,0
60-69	33,6	37,4	42,0
70-79	71,9	125,0	107,3
80-84	0	641,3	492,9
85 и более	0	338,4	324,1

Сведения о механизме получения перелома вертельной области у наших пациентов представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы, высокоэнергичной травме (ДТП и падение с высоты) при возникновении ВПБ подвержены в основном мужчины и она отмечается у 12,7% больных с переломом вертельной области. В основном это лица до 50 лет. Падение с высоты роста на улице отмечается в 38,1% случаев, в равной степени у мужчин и женщин, более или менее свободно перемещающимися за пределами дома. Падение с высоты роста в

домашних условиях привело к ВПБ в наибольшем числе случаев -49,2%. Причем это в основном лица женского пола в возрасте старше 70 лет.

Большинство больных с ВПБ имели либо сопутствующие заболевания, либо повреждения. Так, заболевания сердечно-сосудистой системы были у 36,5% больных, дыхательной системы – у 24,7%, нервной системы – у 6,5%. Сопутствующая ЧМТ отмечена у 10,7% пациентов, повреждения органов брюшной полости – у 8,6%, таза – у 6,5%, костей верхней конечности – у 4,3%, контралатеральной нижней конечности – у 2,2%.

**Таблица 4. Механизм возникновения ВПБ.**

Причина травмы	Падение с высоты роста дома	Падение с высоты роста на улице	Кататравма	ДТП
В процентах	49,2	38,1	4,8	7,9
Абс. число в год	31	24	3	5
Женщины	27	13	0	2
Мужчины	4	11	3	3

Для изучения результатов лечения ВПБ нами были опрошены больные с ВПБ находившиеся на стационарном лечении с 2006-2008 года в БСМП г. Семей (85 чел.). Из них 34 пациентам произведен интра-экстремедуллярный блокирующий остеосинтез, 24 – остеосинтез клиновыми пластинами (фиксатор Бакы-

чарова и трехлопастной гвоздь с диафизарной накладкой), 18 – пролечены скелетным вытяжением и 9 – методом ранней мобилизации. Максимальная оценка результатов по RAND SF-36 составляла 50 баллов, по Harris -100 баллов. Результаты изучения отдаленных исходов лечения ВПБ представлены в таблице 5.

**Таблица 5. Исходы лечения ВПБ.**

Группы больных		Лечение интра-, экстремедуллярным блокирующим устройством	Лечение клиновыми пластинами	Лечение скелетным вытяжением	Лечение методом ранней мобилизации
Шкала Harris	Отличный исход	50,0	29,2	-	-
	Хороший исход	32,3	33,3	18,5	-
	Удовлетворительный исход	14,7	33,3	70,3	44,4
	Неудовлетворительный исход	3,0	4,2	11,2	55,6
Оценка по Rand Short Form 36.		42,37	30,18	26,03	27,1

Как видно из таблицы, положительные результаты лечения по шкале Харрис были у 97% больных. Лечение которых проведено интра-экстремедуллярным блокирующим устройством, у 95,2% при остеосинтезе клиновыми пластинами, 88,8% при скелетном вытяжении и только у 44,4% при лечении деротационным сапожком. Причем первый метод у половины пациентов обеспечил отличный исход лечения. При этом оценка своей функциональной способности с помощью опросника RAND SF-36 пациентами после лечения методом ранней мобилизации не столь значительно отличается, что свидетельствует о том, что данный контингент больных ввиду

тяжести сопутствующей патологии вполне удовлетворен своей функциональной способностью и не был столь уж активен в физическом плане и до получения травмы.

**Заключение:**

■ Уровень ВПБ в г. Семей на 100 тыс. населения равен 21,07 случая в год.

■ ВПБ в работоспособном возрасте (до 60 лет) чаще встречается у мужчин (77,5%), причем основным механизмом травмы является падение с высоты и ДТП. В пожилом и старческом возрасте ВПБ наиболее часто наблюдались у лиц женского пола (75%), где основным



механизмом травмы являлась падение в квартире и на улице с высоты собственного роста.

■ Лучше всего себя зарекомендовал интра-экстремедуллярный остеосинтез - 82,3% хороших и отличных результатов по Harris, 42,37 баллов по SF 32v2, надежность фиксации которого дает возможность начать раннюю реабилитацию и быстро вернуться к активной жизни. Всё это дает основание рекомендовать представленное устройство для широкого использования в травматологии.

#### Литература:

1. Дурсунов А.М., Шамшиметов Д.Ф. Выбор метода оперативного лечения при вертельных переломах бедренной кости // Ортопедия, травматология и протезирование - 2004. - №4. - с. 86-88

2. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am.* 1969;51:737-755.

3. Ware JE, Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30:473-483.

4. Тихомиров Д.А. Нейродистрофические осложнения нижних конечностей при переломах проксимального отдела бедра у больных пожилого и старческого возраста. Автореферат дисс. к.м.н., Пермь, 2006. 22 с.

5. Huang KY, Chang JK, Ling SY, Endo N, Takahashi HE. Epidemiology of cervical and trochanteric fractures of the proximal femur in 1996 in Kaohsiung City, Taiwan. *J Bone Miner Metab.* 2000;18(2):89-95.

УДК:616.717.4-001.5-036.22

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПО ГОРОДУ СЕМЕЙ ЗА 2011 ГОД

А.О. Мысаев<sup>1</sup>, Т.Ж. Омарбаев<sup>2</sup>, О.А. Кожаметов<sup>2</sup>, А.А. Сутормин<sup>2</sup>

Государственный медицинский университет города Семей<sup>1</sup>  
Кафедра травматологии и профилактической медицины,  
КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г.Семей<sup>2</sup>

#### Резюме

Мы ретроспективно проанализировали локализацию, пол, причины переломов плечевой кости у 41 больного. Частота переломов плеча была 11,4 на 100.000 населения в год. Мужчин было 20 и 21 - женщины. 51,2 процента переломов в средней трети диафиза плечевой кости, а 20% - в нижней трети и 28,8% приходится на верхнюю треть. Эти результаты находятся в согласии с некоторыми данными, описанных в ранее опубликованных исследованиях.

#### Тұжырым

**ИЫҚ СҮЙЕГІНІҢ ДИАФИЗ СЫНЫҚТАРЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ СЕМЕЙ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША 2011 Ж.**

А.О. Мысаев, Т.Ж. Омарбаев, О.А. Кожаметов, А.А. Сутормин

Біз 2011 жылдың 41 пациенттің иық сынықтарының себептерін, локализациясын, жыныстарын ретроспективті сараптау жасадық. Иық диафизі сынықтарының жиілігі бір жылда 100000 халыққа шаққанда 11,4 жағдайды құрады. Сынықтардың 51,2% ортаңғы бөлікте, 20% төменгі бөлікте және 28,8% жоғарғы бөлікте. Алынған нәтижелер бұрынғы көрсетілген зерттеулерден аздап ерекшелу.

#### Summary

**EPIDEMIOLOGY OF HUMERAL SHAFT FRACTURES IN SEMEY CITY 2011 Y.**

А.О. Myssaev, T.Zh. Omarbaev, O.A. Kozhahmetov, A.A. Sutormin

We retrospectively analyzed the location, gender, courses of humeral fractures from 41 patients. The frequency of humeral shaft fracture was 11,4 per 100.000 populations per year. It was observed that 20 patients were males and 21 were females. 51.2 percent of the fractures occurred at the mid-shaft of the humerus while 20% occurred at the lower third and 28.8% occurring at the upper third. These results are in some agreement with some previously documented studies.

**Введение.** Частота осложненный и неудовлетворительных исходов лечений переломов плеча достигает 18-39% (Кваша В.Н. 1997; Охотский В.П., Сергеев С.В., 1991; Sand Z et. al.,1998). По г. Семей эпидемиологическая картина переломов диафиза плечевой кости (ПДПК) за 2005-2008 годы нами исследована [1].

**Цель и методы исследования** – изучить характеристику ПДПК по медицинским картам травматологического отделения БСМП г.Семей за 2011 г. и сравнить полученные результаты с имеющимися литературными данными.

**Результаты и обсуждение:** Нами установлено, что всего за 2011 год 80 человек госпитализировано с переломами плечевой кости, что составило 22,2 на 100.000 населения. При этом переломы проксимального отдела плеча встречаются у 26,3% (n=21), диафиза - в

среднем у 51,3% больных (n=41), дистального отдела – 22,4% (n=18). Распределение переломов проксимального, диафизарного и дистального отделов по исследуемым годам представлено на рис. 1.

Как видно из рисунка 1, процентное соотношение переломов разных отделов плечевой кости сохраняется. Переломы диафиза плеча составляют более 51 процента из всех переломов плечевой кости.

Частота повреждения диафиза плеча на 100.000 населения за 2011 год составил в среднем 11,4. В динамике с 2005 по 2008 гг. имеется тенденция к уменьшению данного показателя: 19,3 в 2005г.; 11 в 2006г.; 9,7 в 2007г.; 8,4 на 100 тыс. населения в 2008г. Для сравнения аналогичный показатель о. Тайвань равен 10 на 100.000 населения [2].



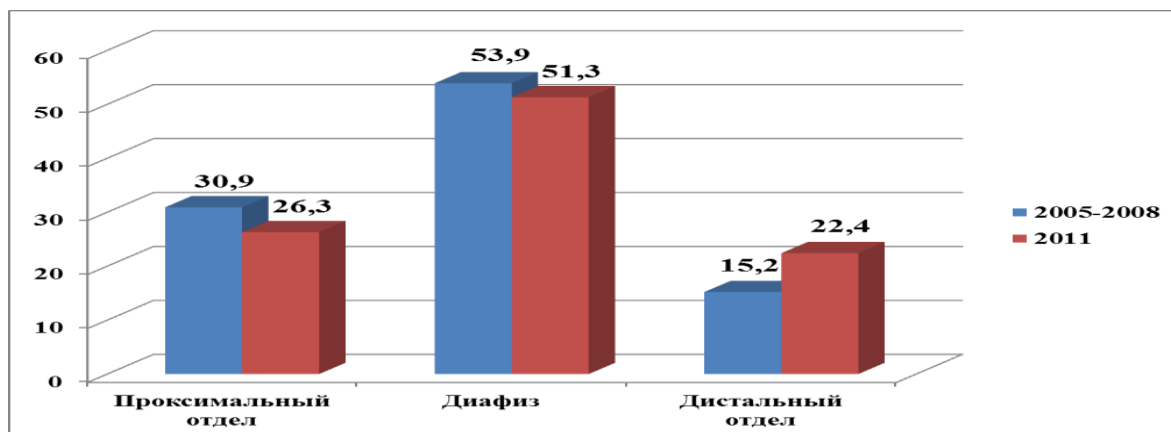


Рис.1. Частота повреждения проксимального, диафизарного и дистального отделов плечевой кости.

Локализация перелома в диафизарном отделе представлена в таблице 1.

Таблица 1. Локализация переломов диафиза плеча по годам в сравнении с литературными данными.

	2005-2008	2011	г.Малави (Малави) [3]
в/з	22,8%	28,8%	11%
с/з	42%	51,2%	41%
н/з	35,2%	20%	48%

Большую часть, по нашим данным, повреждения исследуемого отдела приходится на изолированную травму в среднем 73,2 % в 2011 году. Причем в динамике лет имеется тенденция к росту изолированной травмы и уменьшению политравмы с участием диафиза плеча (рис.2). Для сравнения в 1987г. по г. Семипалатинск повреждение диафиза плеча у больных с политравмой встречалось лишь в 9,4% случаев [4].

Причины перелома диафиза плечевой кости представлены в таблице 2.

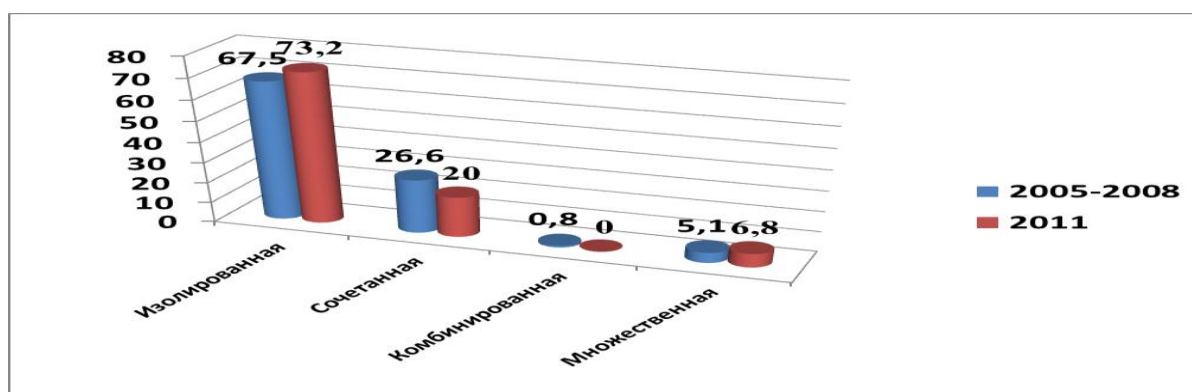


Рис.2. Вид травмы при повреждении диафиза плечевой кости.

Таблица 2. Распределение переломов диафиза плеча в зависимости от причины повреждения в сравнении с литературными данными.

	2005-2008 гг.	2011 г.
ДТП	34,2%	14,6%
Бытовая	37,7%	53,6%
Производственная	9,6%	4,9%
Уличная	18,5%	22%

Как видно из таблицы 2, в 2011 году основной причиной травм являлась бытовая травма, далее уличная и автомобильная.

По характеру перелома преобладают закрытые переломы 97,6% (n=40 из 41 пострадавших), что в принципе коррелируется с данными литературы г. Стокгольм 98% закрытых переломов диафиза плеча[5].

Сочетание перелома диафиза плечевой кости с повреждением лучевого нерва наблюдалось в 2005-2008 годах 9,3 % случаев, сосудов у 1,3 % больных. В 2011 году 12,2% переломов осложнены нейропатией лучевого нерва, в то время как повреждение сосудов не наблюдалось. В сравнении г. Стокгольм - 8% [6] и г. Лидс (Англия) -11,8% повреждений лучевого нерва [7].

Характер линии перелома в исследуемой группе представлен на рис.3.

Среди госпитализированных больных с переломом диафиза плечевой кости мужчины составили 48,8%, женщины – 51,2%.

Из госпитализированных больных 56,1% (n=23) были прооперированы, причем в 53,7% (n=22) случаях погруженным остеосинтезом и в 2,4% (n=1) – чрескостным. Консервативно среди госпитализированных больных было пролечено 43,9% (n=18). Это больные с сопутствующей патологией (противопоказание к операции) и с удовлетворительным стоянием отломков после вторичной репозиции пролеченные гипсовой повязкой и методом Колдуэла.

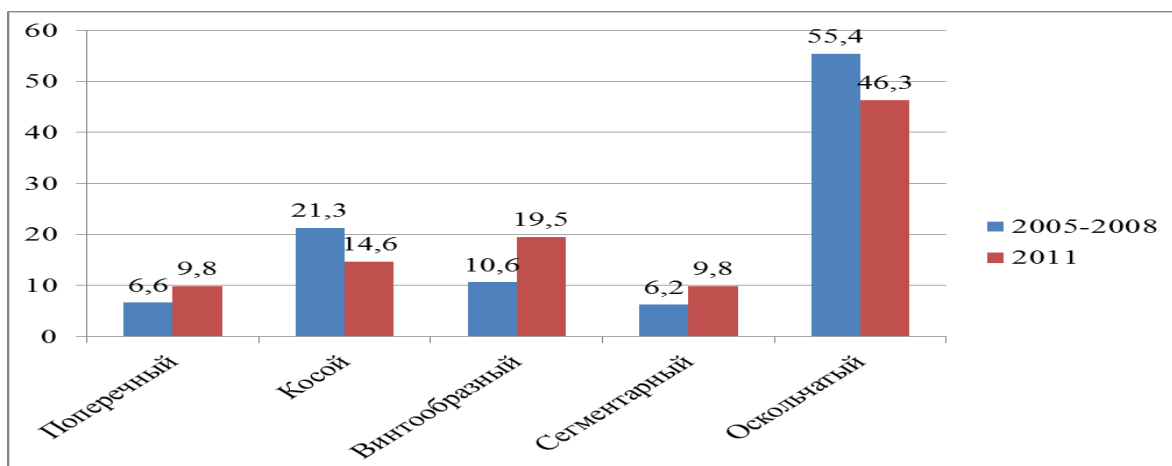


Рис.3. Характер линии перелома у больных с переломом диафиза плеча за 2005-2008 и 2011 гг.

**Выводы:** Эпидемиологическое исследование показало, что ПДПК в г. Семей за 2011 г. составил в среднем 11,4 случаев на 100 000 населения в год. Увеличилось количество изолированной травмы. В сравнении с доступными литературными данными в г.Малави по частоте локализации перелома имеются значительные различия. Нами отмечена тенденция уменьшения количества ДТП, как причины данной травмы, и увеличение доли бытового травматизма. По характеру преобладают закрытые (97,6%), сложные (сегментарных и оскольчатых – 56,1%) переломы, в сочетании с повреждением лучевого нерва в 12,2% случаев. Полученные данные не намного отличаются от данных г. Лидс, Англия. Достаточно высокая доля консервативного лечения госпитализированных больных (до 43,9%). Среди оперативных методов лечения указанных переломов предпочтение отдается погружным методам.

**Литература:**

1. Жанаспаев М.А. Эпидемиология переломов диафиза плечевой кости по г.Семей за 2005-2008 гг. / М.А. Жанаспаев, А.О. Мысаев, А.К. Кабдешов, Т.Б. Кисаминов, А. Аймухаметов //Астана медициналық журналы. - 2009. - №5 (57). – с. 178-181.

2. Chun-Hao Tsai, Yi-Chin Fong, Ying-Hao Chen, Chin-Jung Hsu, Chia-Hao Chang, Horng-Chaung Hsu. The epidemiology of traumatic humeral shaft fractures in Taiwan.// International Orthopaedics (SICOT) (2009) 33 (2) 463–467.

3. Igbigbi PS, Manda K. Epidemiology of humeral fractures in Malawi. // Int Orthop. 2004 Dec;28(6):338-41.

4. Жанаспаев А.М., Смаков С.Б., Аубакиров М.Т., Жанаспаев М.А. Травматологическая помощь городскому населению. - Семипалатинск-Павлодар, 1997г. – 308 с.

5. R. Ekholm; J. Adami; J. Tidermark; K. Hansson; Törnkvist H; and S. Ponzer. HUMERAL SHAFT FRACTURES. AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY ON 401 FRACTURES // Journal of Bone and Joint Surgery - British Volume, Vol 91-B, Issue SUPP\_I, 180.

6. Ekholm R, Ponzer S, Törnkvist H, Adami J, Tidermark J. Primary radial nerve palsy in patients with acute humeral shaft fractures // J Orthop Trauma. 2008 Jul;22(6):408-14.

7. Shao YC, Harwood P, Grotz MR, Limb D, Giannoudis PV. Radial nerve palsy associated with fractures of the shaft of the humerus: a systematic review // J Bone Joint Surg Br. 2005 Dec;87(12):1647-52.

УДК:616.71-089

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВНУТРИКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА**

**О.А. Кожакметов**

**КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей**

**Резюме**

Представлен исторический очерк развития внутрикостного остеосинтеза: от проволоки до штифтов с блокированием.

**Тұжырым**

**СҮЙЕКІШІЛІК ОСТЕОСИНТЕЗДІҢ ДАМУ ТАРИХЫ**

**О.А. Кожакметов**

Сүйекішілік остеосинтездің даму тарихының очерктері берілген: сымнан құлыптамалы штивтерге дейін.

**Summary.**

**HISTORY OF DEVELOPMENT OF NAILING**

**O.A. Kozhakhmetov**

The historical essay of the development of intramedullary osteosynthesis: from wires to the nail with locking is shown.

Хирургическое лечение переломов всегда было похоже на ремесло, но именно этой части хирургии в большей степени принадлежит стремление к восстановлению биологического и физиологического равновесия после повреждения. Хирургия костей создавалась и эволюционировала в содружестве с биологией, имплантологией, металловедением, а также в условиях жестких и непредсказуемых законов биомеханики [1]. Первые операции по скреплению костных отломков напоминали столярные работы. Ломались гвозди и пластины, не заживали переломы. Поэтому основной задачей полусторастолетнего периода развития хирургии повреждений конечностей (вторая половина XVIII — первая четверть XX в.), который можно считать предысторией развития метода внутреннего остеосинтеза, был поиск металла для изготовления имплантатов, способных обеспечить сращение перелома [2]. Совершенно точно установить историческую истину и назвать фамилию хирурга, первым выполнившего внутренний остеосинтез отломков, в настоящее время практически невозможно. Однако точно известно, что интрамедуллярный металлический остеосинтез впервые применил американский хирург Gaillard (1865) для лечения ложного сустава плечевой кости 16-летнего юноши. Фиксатором отломков служила металлическая трубка.

Первый этап развития метода внутреннего металлического остеосинтеза отломков охватывает 20-е — конец 50-х гг. XX в. Основой его появления, становления, а затем и бурного развития у пациентов с переломами костей конечностей стал ряд выдающихся успехов металлургии. Только в 1921 г. на заводах Круппа в Германии была выплавлена первая тонна нержавеющей стали, одна из марок которой (X18H9T) со временем стала основным конструкционным материалом для изготовления имплантатов. Первые граммы металлического титана были получены в лабораторных условиях только в 1940 г. (Люксембург). Но уже в 1947 г. (США) произошла первая промышленная плавка этого перспективнейшего для медицинских целей металла. В те же годы промышленное производство титана было организовано и в СССР. Поначалу были очень дороги, приближаясь по стоимости к золоту. Но менее чем через 10 лет ситуация коренным образом изменилась.

Вторым базисным условием широкого внедрения оперативных методов лечения пациентов ортопедо-травматологического профиля стало создание в годы Второй мировой войны антибиотиков, надежно обеспечивающих антибактериальное «прикрытие» как во время вмешательства, так и в послеоперационном периоде.

Еще одним, не менее важным условием этапа широкого признания оперативного метода лечения пациентов с переломами и ложными суставами костей конечностей, наступившего только после Второй мировой войны, стали успехи анестезиологии — молодой ветви медицинской науки, разработавшей качественные варианты как регионарного обезболивания (проводниковая, внутрикостная и перидуральная анестезия), так и наркоза (эндо трахеальный).

Перенос механических законов прочности конструкций в остеосинтез и биологию заживления перелома, как это сделал Pauwels (1935), оказало положительное влияние на развитие остеосинтеза. J.Volff 1886 сформулировал основные поведенческие характеристики кости, обосновав ее изменения (трансформацию) под воздействием травмы, как изменения ее внутреннего строения. Из этого следовало, что всякое давление и тяга стимулирует рост тканей; разгрузка ведет к атрофии. Перспектива улучшения результатов лечения кро-

ется в сохранении кровоснабжения костных фрагментов и мягких тканей, что является основным условием для репаративной регенерации кости: только живая кость может срастись при наличии микроподвижности, которая в свою очередь служит биологической предпосылкой для наступления консолидации [3].

G. Kuntscher создал теорию внутрикостного остеосинтеза. С момента его первого сообщения на Берлинском обществе хирургов в 1940г. прошло 70 лет. Основным итогом исследований Кюнчера в биологии и механике интрамедуллярного остеосинтеза явилось заключение о том, что «все вредные для костной мозоли силы растяжения могут быть полностью устранены введением гвоздя; костные отломки, нанизанные на гвоздь, испытывают под воздействием естественной мышечной сократимости постоянную компрессию».

Неоценимый научный и практический вклад в развитие метода интрамедуллярного остеосинтеза сделали Я.Дубров (1948), Ф.Богданов (1946), Н.Еланский (1953), А.Беркутов (1958). Каждый из этих ученых и хирургов предложил свой собственный вариант интрамедуллярного гвоздя, имевших, к сожалению, общий недостаток — гвозди были тонкие и прямые.

И.И. Соколов в своей работе «Внутрикостная фиксация металлическим стержнем при переломах трубчатых костей» (1957) заключает о явном преимуществе интрамедуллярного остеосинтеза, особенно в ранние сроки после травмы.

В 1958 г. M.Muller, M.Allgower, R.Schneider, H. Willenegger создают международную ассоциацию по изучению внутренней фиксации (AO/ASIF - Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen/Association for the Study of Internal Fixation - рабочее объединение по изучению вопросов остеосинтеза/ассоциация по изучению внутренней фиксации). В настоящее время - это всемирный мозговой трест. По их замыслу остеосинтез должен стать абсолютно предсказуемым методом лечения, операционный стол должен перестать быть местом для импровизации, а хирурги должны получить детальную технологию остеосинтеза при каждом виде перелома. АО ассоциация обладает мощной научной базой - АО-исследовательский институт, институт развития АО, институт биомеханики. 75 клиник в 50 странах мира являются подразделениями АО с модемной связью, а 90 переправляют всю информацию на дискетах в АО-Центр документации. Только за 1992 г. в АО-центре обработано 29000 рентгенограмм больных. К сожалению, лишь единицы из отечественных врачей получили возможность побывать в стенах АО и получить полное представление о мировом опыте.

В.П. Охотский и А.Г. Сувалян совершенствуют внутрикостный остеосинтез, и в конце 80-х годов появляется работа, обобщающая опыт авторов в лечении переломов и ложных суставов длинных костей с использованием «массивных» штифтов закрытым методом с расверливанием костномозгового канала.

Новым направлением исторического развития интрамедуллярного остеосинтеза является применение анатомически предизогнутых гвоздей с блокированием. Первичная стабильность остеосинтеза достигается не «массивностью» штифта, не трехточковой фиксацией в костном канале, не эластичностью формы, а блокированием гвоздя через технологические отверстия блокирующими винтами. Эта техника препятствует потере репозиции и возникновению ротационной нестабильности. Блокирование вдали от перелома сохраняет перистальное кровоснабжение, делает свободной конечность от внешней иммобилизации (Klemm, K.W., Schelmann, W.D., 1972; Klemm, K.W., Borner, M., 1985).

Итогом третьего периода развития интрамедуллярно-го остеосинтеза стало создание системы Grosse-Kempf. Рождение нового гвоздя, создание гибких химеров, рабочие головки которых прецизионно и малотравматично увеличивали внутренний диаметр канала, не меняя его анатомической формы. В итоге достигалась плотная посадка предизогнутого гвоздя, что обеспечивало не только первичную стабильность остеосинтеза, но и ликвидировало «мертвое» пространство в костномозговом канале (профилактика инфекционных осложнений). В последующем, механические тесты на скручивание, сгибание и компрессию показали, что канюлированный гвоздь в сравнении с щелевидным и солидным гвоздем имеет определенные преимущества. Однако кость не должна находиться в условиях фиксации с повышенной ригидностью имплантатом (риск развития ее атрофии), поэтому полый гвоздь является фиксатором с наиболее оптимальными механическими свойствами [4].

#### Литература:

1. Сергеев С.В. Происхождение остеосинтеза. Внутрикостный остеосинтез. / РУДН, Москва. Режим доступа: [www.otcf.ru/?page=lecture5](http://www.otcf.ru/?page=lecture5), свободный.
2. Основы внутреннего остеосинтеза / В.М. Шаповалов, В.В. Хомянец, С.В. Михайлов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 240 с. : ил. - (Библиотека врача специалиста).
3. Анкин Л.Н. Традиционный и малоинвазивный остеосинтез в травматологии: автореф. дис. д-ра.мед. наук (14.00.22) / Л.Н.Анкин, Харьков, Институт травматологии и ортопедии АМН Украины. Харьков, 2005. — 34 с.
4. Kwok-Sui Leung et al. Practice of Intramedullary Locked Nails / Kwok-Sui Leung, Gilbert Tadlanq, Hartmut Seidel, Ivan Kempf, Reinhard Schnettler, H J Th M Naarmann, Volker Alt. — Springer Berlin — Heidelberg, 2006. — p.308.

УДК: 616.-001.5-089

## ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПЛАСТИН ДЛЯ НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Т.Ж. Омарбаев<sup>1</sup>, О.А. Кожаметов<sup>1</sup>, А.О. Мысаев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

<sup>2</sup>Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра травматологии и профилактической медицины

#### Резюме

В статье представлен эволюционный путь пластины для накостного остеосинтеза от простой до сложной совершенной LISS системы, отвечающей всем параметрам современного имплантата.

#### Summary

### HISTORY OF DEVELOPMENT OF PLATE OSTEOSYNTHESIS

T.Zh. Omarbaev, O.A. Kozhahmetov, A.O. Myssaev

The paper presents the evolutionary path of the plate for osteosynthesis from simple to complex advanced LISS system that contains all the parameters of modern implants.

#### Тұжырым

### СҮЙЕК ҮСТІ ОСТЕОСИНТЕЗГЕ АРНАЛҒАН ТІЛІМШЕНІҢ ДАМУ ТАРИХЫ

Т.Ж. Омарбаев, О.А. Кожаметов, А.О. Мысаев

Мақалада сүйек үсті остеосинтезге арналған тілімшенің қарапайымнан заманауи имплантат барлық параметрлеріне сәйкескүрделі LISS системаға дейін эволюциялық жолы елестеткен.

Первая операция в травматологии проведена в 1873 году, когда Джозеф Листер (G.Lister) соединил отломки надколенника костным швом. В России первыми оригинальный остеосинтез произвели Н.В. Склифосовский и И.И. Насилов в 1875 году - метод заключался в соединении отломков адаптированных друг к другу ступенчатыми выступами («русский замок») [1].

Бельгийский хирург А. Lambott (1902) первым в мире произвел остеосинтез отломков винтом и ввел термин «остеосинтез». Английский хирург W.A. Lane (1905) первым в мировой практике произвел соединение костных отломков металлической пластиной с учетом разработанных принципов обеззараживания раны и инструментария. Более того, им был провозглашен принцип аподактильной техники, максимально ограничивающий контакт рук с имплантатами и костными отломками.

Основной концепцией накостного остеосинтеза заключается в том, что пластина и винты создают единую жесткую конструкцию, удерживающую отломки в репозированном положении до полного их сращения, что создается временным переносом механических нагрузок на пластину свинтами, тем самым, разгружая место перелома. Поэтому, пластины должны быть прочными, жесткими и в достаточной степени длинными, чтобы противостоять силам напряжения мышц. Также во избежание электрохимической коррозии винты должны быть из того же сплава, что и сама пластина.

Первые пластины были плоскими и прямыми (узкие или широкие). Примером такой пластины является широко использованная в советское время пластина Лена (рис.1), представляющая собой плоскую прямую пластину с отверстиями для винтов.



Рис.1. Пластина Лена.

Unthoffetal. (1971), Coutts et al. (1976), Moyn et al. (1978) и Matteretal. (1974) сообщали об изменениях в структуре длинных костей при наличии пластины. Остеопороз был объяснен действием "закона Вольфа" (Wolff 1893, 1986), согласно которому кость приспосабливает свою структуру к конкретным механическим условиям нагрузки. Работа Wooetal. (1976) и Claesetal. (1980), как кажется, подтверждает теорию остеопороза, как «защиты от напряжения» в кости, фиксированной пластиной. Toninoetal. (1976) и Taytonetal.(1982) предложили использовать пластины из мягкой пластмассы

или углерода для того, что свести к минимуму проявления остеопороза. Возможное влияние статической компрессии и напряжения на кортикальный слой живой кости было изучено Matter с соавт. (1976).

Поэтому пластины второго поколения имели ограниченный контакт с костью, так называемые «пластины с ограниченным контактом» (рис.2). «Костная» поверхность пластины представляет собой арочную систему, при которой контакт имплантата и кости происходит только у места «ножек» арки, в то время как на самих арках кровоснабжение не нарушается.



Рис. 2. Пластина с ограниченным контактом.

Ограничение контакта между имплантатом и костью значительно снизила степень остеолитизиса и риска рефрактуры, однако все же полностью их устранить не удалось.

Следующим шагом в развитии пластин для костного остеосинтеза было создание пластин с возможностью динамической межфрагментарной компрессии. Данный вид пластин имеет овальные отверстия для введения винтов под углом к пластине (эксцентрично). При затягивании эксцентрично введенного винта в овальном отверстии его головка соскальзывает по наклонной стенке, заставляя пластину смещаться вдоль

своей оси, что можно использовать для уменьшения щели перелома или создания компрессии между отломками костей. Стандартная динамическая компрессирующая пластина (DCP) выполняет свою функцию, только если ее нижняя поверхность плотно прижата к кости. Это создает трение между металлоконструкцией и костью, позволяя механическим силам передаваться с одного фрагмента кости на другой. Другим способом создания компрессии в зоне перелома является использование во время операции специального контрактора (рис.3), располагающегося на стороне дистального отломка.

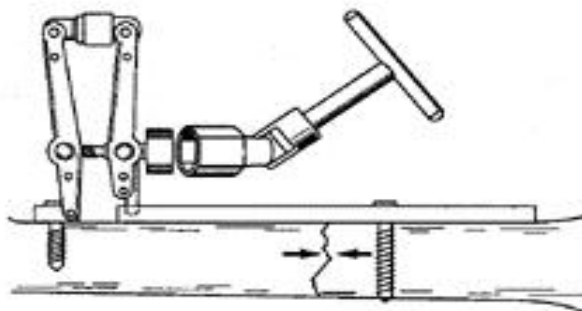


Рис. 3. Работа контрактора для создания межфрагментарной компрессии.

Научные данные по биомеханике и биологии кости привели к созданию новой концепции биологической фиксации пластинами LC-DCP (Limited Contact Dynamic Compression Plate, динамическая компрессирующая пластина с ограниченным контактом – рис.4) [2].

При использовании стягивающего шурупа с частичной (не по всей длине) резьбой (первоначально разработанного в качестве шурупа для пластины DCP или LC-DCP) взамен стягивающего шурупа с полной (по

всей длине) резьбой удается повысить силу компрессии приблизительно на 50%. Этот эффект был бы потерян при сжатии кости обычным шурупом с длинной резьбой. Кортикальный шуруп с частичной резьбой можно также использовать в качестве свободного стягивающего шурупа (вне пластины). Он обеспечивает более эффективную компрессию, чем обычный стягивающий шуруп. В этом случае вновь предотвращается вторичное заклинивание резьбы внутри скользящего отверстия.



Рис.4. Пластина LC-DCP.

Создание реконструктивных пластин (рис.5) позволило значительно расширить возможности фиксации костей пластинами. Реконструктивные пластины узкие и имеют вид многоячеистых конструкций, легко модели-

руются, их используют для фиксации адаптированных по длине, ширине и оси отломков при переломах таза и вертлужной впадины, пяточной кости, ключицы.

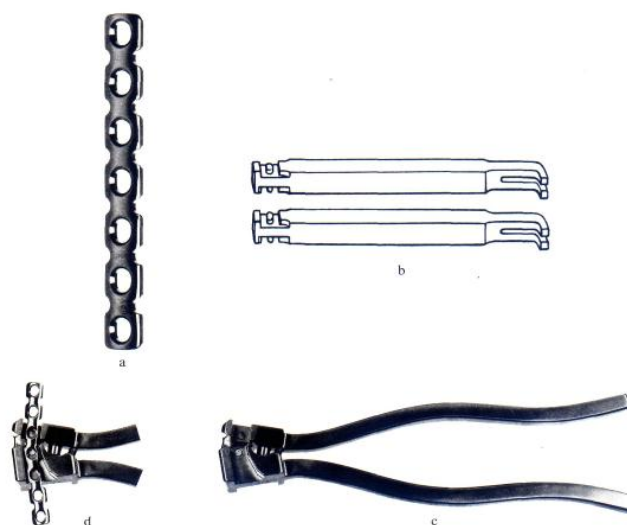


Рис. 5. Реконструктивная пластина и устройство для ее изгиба.

Новым шагом в оперативном лечении переломов стала разработка Международной ассоциацией остеосинтеза (AO/ASIF) системы блокируемых компрессирующих пластин с угловой стабильностью — LCP (Locking Compression Plate, блокирующаяся компрессирующая пластина) для различных анатомических локализаций. Отверстие пластины LCP состоит из двух частей. Одна часть имеет резьбу, позволяющую фиксировать головку блокируемого винта, а другая часть соответствует по форме отверстию динамической компрессирующей пластины с ограниченным контактом (LC-DCP), через которое путем эксцентричного введения

стандартных кортикальных или губчатых винтов может достигаться динамическая компрессия. Использование этой системы потребовало создание инструментария и четкой технологии установки. Биомеханические испытания LCP показали ее устойчивость к деформации на уровне блокирующих отверстий и меньшую резистентность к нагрузкам в области свободных отверстий (R.Frigg, 2003). Этот факт должен быть принят во внимание в клиническом применении, т.е. деформация пластины на уровне свободных отверстий, равно как и расположение этого отверстия в зоне перелома, имеют риск разрушения пластины.



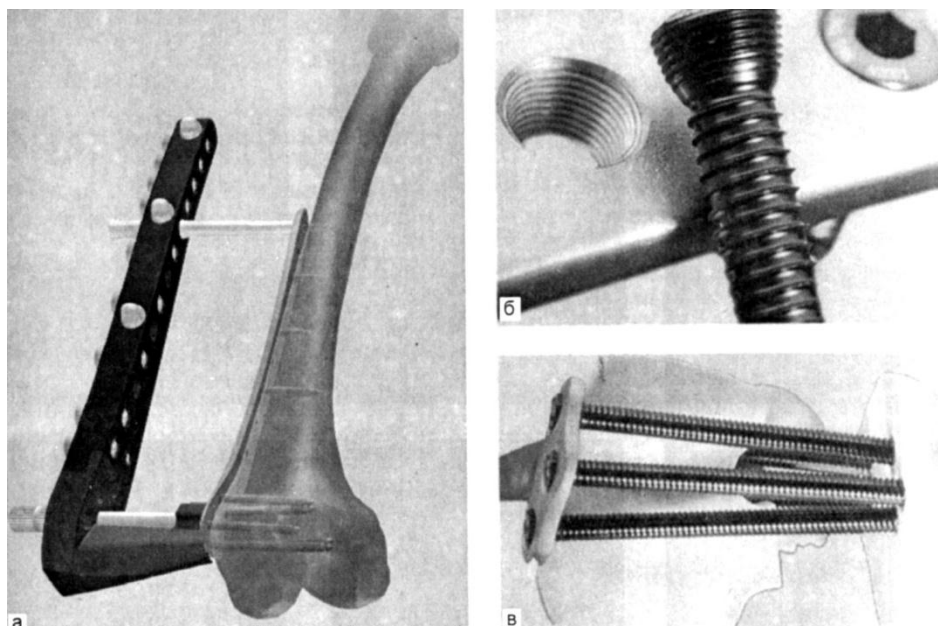
Рис. 6. «8-образное» отверстие пластины LCP и инструменты для моделирования пластины

Появление пластин, имеющих комбинированное отверстие для проведения стягивающих кортикальных винтов и блокирующих винтов, может обеспечить хирургу рациональный выбор остеосинтеза – компрессионного или шинирующего. Одновременное использование принципа внутренней фиксации (блокирующей остеосинтез) и компрессионного остеосинтеза позволило пластине «надстоять» над костью, тем самым устранив сопутствующее накостному остеосинтезу осложнение – некроз подлежащей под пластиной кости.

Понимая определенные преимущества интрамедуллярного шинирования кости, хирурги и исследо-

ватели круга AO/ASIF (S. Perren, M. Wagner) разработали принципы «биологического» остеосинтеза, заключающегося в минимально инвазивной технике (LISS – LessInvasive Stabilization System - **малоинвазивная стабилизирующая система**) (рис.7) и «мостовидной» фиксации перелома блокируемой пластиной (LCP). Хирургическая техника при остеосинтезе пластинами LCP требует строгого соблюдения правил методики с учетом длины пластины, степени ее анатомической предизогнутости и расположения винтов [2].





**Рис. 7. Система LISS для дистальной части бедренной кости.**  
 а — вид с направителем; б — отверстия пластины с резьбой и блокируемый винт;  
 в — направление шурупов в пластине.

Пластины изогнуты в соответствии с анатомическими контурами кости соответствующей локализации. Головки винтов имеют форму двойного конуса с резьбой и, завинчиваясь в круглое отверстие пластины, блокируются в нем, благодаря чему достигается высокая степень угловой стабильности. Специальная рукоятка-направитель обеспечивает закрытое введение пластины через разрез, равный ее ширине, а также облегчает точное чрескожное проведение винтов. Конструкция LISS несколько отстоит от кости, что благоприятно сказывается на кровоснабжении фрагментов. Отверстия пластины в зоне, соответствующей метафизу кости, конструктивно обеспечивают расхождение винтов в разных плоскостях, что увеличивает их устойчивость к действию вытягивающих сил.

Таким образом, пластины для накостного остеосинтеза прошли свой эволюционный путь от простой пластины Лена до сложной совершенной LISS системы, которая широко внедрена в клиническую практику во всем мире.

#### **Литература:**

1. Сергеев С.В. Современные методы остеосинтеза костей при острой травме опорно-двигательного аппарата / Сергеев С.В., Загородний Н.В., Абдулхабирова М.А., Гришанин О.Б., Карпович Н.И., Папоян В.С. - Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2008. – 222 с.: ил.
2. Корнилов, Н.В. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей в 4-х томах / Н.В. Корнилов – СПб.: Гиппократ, 2004. – 768 с.

УДК: 616-001.1-084

### **НАУЧНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДТП**

**А.О. Мысаев<sup>1</sup>, Т.Ж. Омарбаев<sup>2</sup>, А.М. Жайсанбаев<sup>2</sup>, О.А. Кожаметов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Государственный медицинский университет г. Семей,  
 Кафедра травматологии и профилактической медицины,  
<sup>2</sup>КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

#### **Резюме**

В статье представлен анализ диссертационных работ, защищенных в России и Казахстане, а также опубликованных статей в научных журналах. Обзор посвящен проблеме профилактики дорожно-транспортных происшествий.

#### **Summary**

**SCIENTIFIC APPROACH TO THE PROBLEM OF ROAD TRAFFIC INJURY:  
 SOME PROBLEMS IN PREVENTION OF ROAD TRAFFIC ACCIDENTS  
 A.O. Myssaev, T.Zh. Omarbaev, A.M. Zhaysanbaev, O.A. Kozhahmetov**

An analysis of scientific dissertations defended in Russia and Kazakhstan, as well as published articles in scientific journals is shown in the review. Review is devoted to problem of prevention of road traffic accidents.

**Тұжырым**  
**ЖОЛ-КӨЛІК ТРАВМАТИЗМ МӘСЕЛЕСІНІҢ ШЕШІМІНЕ АРНАЛҒАН ҒЫЛЫМИ ТӘСІЛДЕМЕ:**  
**ЖОЛ-КӨЛІК ОҚИҒАЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ КЕЙБІР СҰРАҚТАРЫ**  
**А.О. Мысаев, Т.Ж. Омарбаев, А.М. Жайсанбаев, О.А. Кожамбетов**

Мақалада Ресейде және Қазақстанда қорғалған диссертациялық жұмыстардың, ғылыми журналдардағы мақалалардың жариялалған талдауы елестеткен. Шолу жол - көлік оқиғаларының алдын алу мәселесіне арналған.

**Введение.** По данным международной транспортной статистики наиболее аварийным и травматичным во всем мире является автомобильный транспорт (ВОЗ, 2005).

По оценкам, в мире ежегодно происходит 20 млн. дорожно-транспортных происшествий (ДТП). В дорожных авариях погибают 1,2 млн. человек и около 50 млн. получают травмы [1]. Согласно прогнозам, эти цифры увеличатся примерно на 65% за последующие 20 лет, если не будут приняты решительные системные меры по предупреждению травматизма на дорогах [2].

В странах активно борющихся с дорожно-транспортным травматизмом в период между 2000 и 2020 г. смертность от дорожно-транспортных происшествий снизится примерно на 30%, однако существенно увеличится в странах с низким и средним доходом. Если не предпринять соответствующих действий, к 2020 г. дорожно-транспортный травматизм может стать третьим ведущим компонентом глобального бремени болезней и травм (Кофи А. Аннан 2007г.).

Целью данного обзора является анализ научных работ, в том числе и диссертационных, по проблеме

дорожно-транспортного травматизма и факторов, влияющих на него.

За последние 10 лет в Казахстане произошло свыше 127 тыс. ДТП, в которых погибли более 25 тыс. и получили ранения более 151 тыс. человек. При этом суммарные экономические потери превысили 960 млрд.тенге. ситуация усугубляется большим количеством гибели и травмирования детей [3].

Общее ежегодное число жертв ДТП в России многократно превышает количество погибших и раненых в стихийных бедствиях и техногенных катастрофах. Более 30% погибших в ДТП составляют люди наиболее активного трудоспособного возраста (26-41 год), из числа раненых более 10 тысяч становятся инвалидами (это более 15% всех лиц, признаваемых в России инвалидами из-за травм). Многие исследователи отмечают рост травматизма в результате ДТП, как в целом по России, так и в отдельных ее субъектах [4, 5, 6, 7, 8, 9].

Система предупреждения ДТП и устранения его последствий очень сложная и многокомпонентная. Схематично ее можно представить так (рис.1).



**Рис.1. Схема системы предупреждения ДТП и устранения его последствий.**

Аварийность часто обусловлена, в первую очередь, сознательным пренебрежением в обществе нормами и правилами, действующими в сфере обеспечения безопасности дорожного движения, а также состоянием дорожной и транспортной инфраструктуры (Аналитический вестник Совета Федерации РФ 2006). По данным ГУ ГИБДД МВД России из каждых десяти происшествий восемь напрямую связаны с нарушением водителями правил дорожного движения. Поэтому этап профилактики дорожно-транспортных происшествий является наиболее значимым.

Известно, что количество ДТП имеет тесную прямую корреляционную зависимость с численностью населения [10], количества эксплуатируемых автомобилей [7]. Поэтому одним из ключевых вопросов является дорожно-транспортная инфраструктура. Михеева Т.И. [11] в своем исследовании пришла к выводу, что создание интегрированных интеллектуальных транспортных систем, как систем управления дорожно-транспортной инфраструктурой урбанизированной территории, позволит повысить уровень организации дорожного движения: улучшить характеристики улично-дорожной сети,

усовершенствовать дислокацию технических средств организации дорожного движения, оптимизировать процесс управления транспортными потоками на всех фазах движения, уменьшая транспортные задержки, что в итоге повышает безопасность движения.

Шумилина Л.Н. [3] отмечает, каждый день в среднем в Казахстане регистрируется 8 ДТП с участием детей. Более 40% смертей в результате ДТП в мире приходится на возрастную группу до 25 лет. Около 5 % от общего числа случаев смерти от ДТП приходится на детский возраст. Наибольшую опасность транспорт представляет для детей в возрасте 9-10 лет. Несмотря на то, что доля дорожно-транспортных травм у детей составляет около 4% от всех травм, именно на эту группу приходится наибольшее количество смертей и тяжелых повреждений ОДА, особенно у мальчиков от 8 до 16 лет. В России проблема детского травматизма не менее актуальна. В среднем в России в каждом восьмом ДТП страдает ребенок (12,2%), более половины из них дети от 7 до 14 лет [12]. Поэтому необходимо уделить особое внимание образовательным программам среди детей школьного возраста в профилактике дорожно-транспортного травматизма.



Для всех пассажиров и водителей автомобилей основными причинами ДТП, ведущими к тяжелому травматизму или смерти, является превышение скорости, вождение под воздействием алкоголя или вождение автотранспортного средства в сонном или усталом состоянии (В.Н. Луканин 2002),

По данным ООН, в 72-80% случаев ДТП происходят по вине человека, причем несоответствие психофизиологических характеристик личности требованиям, предъявляемым профессией, обуславливает более 40% аварий на дорогах. Это же подтверждается и другими исследованиями [6]. В России доля таких ДТП составляет примерно 75-80%, в некоторых странах она доходит до 95% (Романов А.Н., 2002). Под «человеческим фактором» необходимо понимать совокупность всех физических и психических свойств личности, засыпание за рулем, стрессовые состояния, ошибочные действия и их влияние на успешность трудовой деятельности водителя (Вайсман А.И., 1988; Бондарев И.П. и соавт., 1992; Котик М.А., Емельянов А.М., 1993; Moustaki M. et al., 2000).

Из мировой практики известно, что отстранение от работы водителей, при психофизиологическом обследовании показавших отрицательные результаты, в Австрии привело к сокращению ДТП на 3 тыс. в год. В Парижской транспортной кампании за 10 лет после введения психофизиологического отбора число пострадавших в ДТП, происшедших по вине водителей, сократилось на 30% (Bryant R.A., Harvey A.G., 1995; Page Y. et al., 2004; Vadeby A.M., 2004).

Окуневский А.И. [13] оценил предрасположенность водителей к созданию аварийных ситуаций. Для определения факторов предрасположенности к созданию аварийных ситуаций основную прогностическую значимость имеют тесты, определяющие уровень активации ЦНС и уровень сенсомоторных реакций и операторской работоспособности. Автор предложил экспертную модель оценки предрасположенности водителей к созданию аварийных ситуаций, которая помогает значительно снизить риск ДТП [14, 15].

Причинами ошибочных действий водителей являются наличие различных острых и хронических заболеваний, прием лекарственных препаратов, употребление алкоголя, наркотиков, курение (Курганов В.М., 2004, Li F.Z., 2004).

Алкогольное опьянение является значимой причиной возникновения ДТП [16]. Согласно данным ГУ ГИБДД МВД России (2006), около 15% ДТП совершаются по вине пьяного водителя. Согласно данным специально проведенных исследований, коэффициент тяжести ДТП тем выше, чем больше степень алкогольного опьянения. Так, при алкогольном опьянении средней степени ранение людей происходит чаще в 1,2 раза, а гибель в 1,8 раза по сравнению с алкогольным опьянением легкой степени (Н.И. Шибанова 2003). Меры, направленные на ужесточение ответственности за употребление алкоголя водителями способствуют снижению тяжести последствий дорожно-транспортного травматизма. Сошников С.С. изучал проблему алкогольного фактора в формировании потерь здоровья населения в результате дорожно-транспортных происшествий (на примере Москвы). Автором найдены следующие корреляционные связи: самой сильной оказалась корреляционная связь «ДТП, тяжелые последствия ДТП – контингент больных алкоголизмом», «ДТП, тяжелые последствия ДТП – заболеваемость алкоголизмом» и «ДТП, тяжелые последствия ДТП – число легковых автомобилей».

Ужесточение мер наказания за нарушение правил дорожного движения, как показывает опыт Великобритании, Германии, Швеции, США и других развитых стран, представляется весьма эффективным средством воздействия на участников дорожного движения. Работы Исаева Н.Ю. [17] и Гвоздевой Е.В. [18] проведенные в России по совершенствованию уголовного и других отраслей законодательства в сфере безопасности дорожного движения, а также по дифференциации ответственности и индивидуализации наказания и разработки системы мер предупреждения уголовно наказуемых нарушений правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств. В Республики Казахстан с 01 июля 2008 года вступил в силу Закон «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РК по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения» [19]. Вносимые изменения и дополнения в законодательство направлены на повышение уровня защиты жизни и здоровья граждан от дорожно-транспортных происшествий. С принятием этих мер прогнозируется снижение уровня аварийности на 10-15%

Таким образом, вопрос профилактики дорожно-транспортных происшествий является сложным и многокомпонентным. Для его решения необходимо межотраслевое взаимодействие МВД, МЗ, МОН, МЧС, акиматов городов и областей, средств массовой информации.

#### Литература:

1. World Health Report. 1999: Making a Difference. // Geneva, World Health Organization. 1999. - Table 2, P. 102. - Table 4. - P.110.
2. Peden M. et al. World report on road traffic injury prevention. Geneva, World Health Organization, 2004. 246 p.
3. Шумилина, Л.Н. Роль образовательных программ в профилактике дорожно-транспортного травматизма среди детей школьного возраста / Информационно-методический журнал «Открытая школа». – 2010. - №7(98) – с.53-57.
4. Рубцова, И.Т. Медико-организационные подходы к снижению смертности от предотвратимых причин на региональном уровне: автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Рубцова Ирина Темировна. – Москва, 2008 – 24 с. - доступ свободный [www.mednet.ru](http://www.mednet.ru).
5. Козлов, С.В. Совершенствование организации работы службы судебно-медицинской экспертизы по случаям дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом (на примере г. Хабаровска): автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Козлов Сергей Вадимович – Хабаровск, 2007. – 28 с.
6. Осипов, В.В. Особенности дорожно-транспортного травматизма в регионе и научное обоснование путей уменьшения его медицинских и социально-экономических последствий (на примере Хабаровского края): автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Осипов Вячеслав Викентьевич - Хабаровск, 2004. – с.32.
7. Кулеша, Н.В. Медико-социальная и экспертная оценка дорожно-транспортного травматизма в современных условиях (на примере Амурской области): автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Кулеша Наталья Васильевна – Хабаровск, 2006. – с. 30.
8. Меркулов, С.Е. Социально-гигиенические аспекты травматизма городского населения трудоспособного возраста: автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Меркулов Сергей Евгеньевич – Москва, 2008. – с. 35.
9. Салахов, Э.Р. Научное обоснование совершенствования мониторинга травматизма и смертности от дорожно-транспортных происшествий: автореф. дисс...

канд.мед.наук: 14.00.33 / Салахов Эдуард Рафаилович – Москва, 2006. – с. 28.

10. Слесарев, В.Г. Совершенствование системы экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях в Республике Казахстан: автореф. дисс... докт.мед.наук: 14.00.33 / Слесарев Владимир Георгиевич – Алматы, 2008 – с. 38.

11. Михеева, Т. И. Структурно-параметрический синтез систем управления дорожно-транспортной инфраструктурой: автореф. дисс... докт.тех.наук: 05.13.01 / Михеева Татьяна Ивановна – Самара, 2007. – с.35.

12. Турковский, В.Б. Характеристика травматических повреждений, полученных в ходе ДТП у детей / В.Б. Турковский, И.С. Рузанов, В.Ю. Лукьянов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007. - №2 (16) апрель-июнь. – с. 18-20.

13. Окуневский, А.И. Разработка экспертной модели оценки предрасположенности водителей к созданию аварийных ситуаций и рационализация мер влияния на дорожно-транспортный травматизм: автореф. дисс... канд.мед.наук: 05.13.01 / Окуневский Андрей Игорьевич – Воронеж, 2008. – с. 28.

14. Радужкевич, В.Л. Оценка предрасположенности водителей автотранспорта к созданию аварийных ситуаций – поиск путей влияния на автодорожный травматизм / В.Л. Радужкевич, А.И. Окуневский // Скорая медицинская помощь: реальность и перспективы: сб. научно-практических работ. – Воронеж, 2006. – С. 54.

15. Окуневский А.И. Анализ факторов предрасположенности водителей автотранспорта к созданию аварийных ситуаций с целью влияния на дорожно-транспортный травматизм / А.И. Окуневский, В.Л. Радужкевич // Производственная и клиническая трансфузиология: реальность и перспективы: сб. научно-практических работ. – Воронеж, 2007. – С. 258-260.

16. Сошников, С. С. Роль алкогольного фактора в формировании потерь здоровья населения в результате дорожно-транспортных происшествий (на примере Москвы): автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Сошников Сергей Сергеевич – Москва, 2008г. – с. 26.

17. Исаев, Н.Ю. Уголовная ответственность за нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств: автореф. дисс... канд.юр.наук: 12.00.08 / Исаев Николай Юрьевич – Москва, 2009. – с. 35.

18. Гвоздева, Е.В. Предупреждение уголовно наказуемых нарушений правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств (по материалам Приволжского федерального округа): автореф. дисс... канд.юр.наук: 12.00.08 / Гвоздева Екатерина Владимировна – Москва, 2007. – с.35.

19. Закон РК "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения". Доступ свободный - <http://www.zakon.kz/114906-o-prinjatiji-parlamentom-rk-zakona-o.html>

УДК 617.586-007.5

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

С.К. Нурланов

КГП на ПХВ «Детская областная больница», г. Павлодар

### Резюме

*При врожденной косолапости применение методики по Понсети в раннем возрасте сокращает сроки достижения требуемой коррекции стопы и обеспечивает дальнейшее анатомически правильное развитие стопы.*

### Тұжырым

#### ТУМЫСТАН БАР ҚИСЫҚ АЯҚТЫҚТЫҢ ОПЕРАЦИЯСЫЗ ЕМДЕУІ

*Туа пайда болған маймақ табан кезінде Понсети әдісін ерте жастағы балаларға қолдану аяқ басының қажетті түзелуінің уақытын қысқартады және одан кейінгі табанның анатомиялық толық және дұрыс дамуын қамтамасыз етеді.*

### Summary

#### CONSERVATIVE TREATMENT OF CONGENITAL CLUBFOOT

*In congenital clubfoot, using the Ponsenti method in young patients reduces the timing for required foot correction and provides ground for the further anatomic foot development.*

Врожденная косолапость является одним из наиболее часто встречающихся ортопедических заболеваний детского возраста. По данным литературы, она встречается в 1-6 случаях на 1000 новорожденных и составляет 10-30% от всех видов аномалий развития опорно-двигательного аппарата(13,14).

До настоящего времени окончательно не решен вопрос о тактике и способах лечения. Одни авторы рекомендуют проводить длительное консервативное лечение и только при отсутствии эффекта, в возрасте 1,5-3 года прибегать к операции(10,12). Другие считают, что при консервативном лечении возможно полное выздоровление во всех случаях(2). Ряд исследователей считают, что при чисто консервативном лечении неудачи составляют от 27 до 47%(5). Однако на сегодняшний

день нет разногласий о сроках начала лечения врожденной косолапости. Все ортопеды единодушны в том, что начинать лечение детей с врожденной косолапостью необходимо с родильного дома (3). Определенный интерес представляют наблюдения, показавшие, что консервативное лечение, проведенное в течение первого года жизни ребенка, позволило вылечить 71% больных, а остальных подготовить к операции(6). По некоторым данным, если консервативное лечение начато до 3месяцев, то успех составляет 80%, если в возрасте 4-6месяцев - 57%, в 6-12месяцев - 48%, а после 12 месяцев - не более 10% (11). При начатом лечении после 6 месяцев от рождения, несмотря на первоначальный успех, в дальнейшем у половины детей имело место,

рецидивирующее течение, требующее уже в дальнейшем оперативного вмешательства (3,8).

До настоящего времени окончательно не решен вопрос о последовательности устранения отдельных компонентов косолапости. Так, некоторые авторы лечат косолапость с 4-недельного возраста, поочередно устраняя его компоненты (привидение, супинацию, эквинус) (3). Стопа после редрессации фиксируется гипсовой повязкой. Часть специалистов пользуется методикой J. Kite (1963), когда лечение начинается с 2 недель в специальных гипсовых повязках. В первую очередь устраняется привидение, затем супинация и эквинус. Считается недопустимым устранять эквинус до вправления таранной кости, что проявляется появлением «западения» - кпереди от наружной лодыжки (1). Вместе с тем отдельные специалисты, поддерживая мнение, что вправление таранной кости является обязательным условием выздоровления, рекомендуют устранять все элементы косолапости одновременно (9).

В нашем отделении консервативное лечение врожденной косолапости проводится с 1980 года. Результаты лечения не отличаются от общестатистических. С целью улучшения эффективности консервативного лечения врожденной косолапости с 2008 года мы стали применять метод лечения косолапости по Понсети. Анализ результатов лечения предоставляем в данной статье. Методика Понсети проста, но вместе с тем предусматривает четкое соблюдение принципов этапности и последовательности коррекции. Любое отклонение от правил ведет к затягиванию лечения, снижению качества положительных результатов, возникновению неблагоприятных результатов, возникновению рецидива.

Целью консервативного лечения по Понсети является устранение подвывиха в таранно-ладьевидном и подтаранном суставах.

Нами пролечено 43 ребенка. Начато их лечение с разных возрастов, поэтому количество этапов гипсования разное.

- 1 месяц (7 детей) 5-6 этапов гипсования
- 2 месяца (11 детей) 6-7 этапов гипсования
- 5 месяцев (8 детей) 8-9 этапов гипсования
- 7 месяцев (10 детей) 9-10 этапов гипсования
- 1 год (7 детей) 9-11 этапов гипсования.

Каждый этап гипсования рассчитан на 5-7 дней, при этом строго соблюдалась этапность, последовательность гипсования, по схеме предложенной Понсети акцентировались точки давления на стопе при мануальной коррекции. Целью этапов гипсования являлась:

- 1. Устранение аддукции (привидения стопы)
- 2. Устранение супинации стопы.

После этапов гипсования всем детям выполнялась ахиллотомия. Целью ахиллотомии являлась устранение эквинуса стопы и окончательное устранение подвывиха в подтаранном суставе. Накладывался последний гипс для коррекции эквинуса и всех элементов деформации на 3-4 недели. После снятия гипса лечение продолжалось с использованием брейсов. На первом этапе (3-4 месяца) брейсы носятся постоянно, второй этап профилактический до (4-5 лет) брейсы одеваются только на ночное время. Оценка результатов проведена в сроки через 1 год, осмотрено 35 детей, у 12 детей в течении года мы наблюдали хорошее развитие мышечной системы, удовлетворительный анатомический рост стопы без рецидива косолапости, особенно у детей лечение, у которых начато в возрасте 1 и 2 месяцев. Из группы детей, которым лечение было начато с 7 и 12-месячного

возраста в 4-х случаях мы наблюдали рецидив косолапости, что составило 20%. Данным больным в последующем проведено оперативное лечение.

#### Выводы:

1) Данная методика лечения применима и эффективна при врожденной косолапости у детей до года.

2) Применение методики по Понсети в раннем возрасте сокращает сроки достижения требуемой коррекции стопы и обеспечивает дальнейшее анатомически правильное развитие стопы и голени.

#### Литература:

1. Евдакова В.П. Врожденная косолапость, опыт раннего лечения и отдаленные результаты: автореф. Канд.мед.наук.- Алма-Ата, 1958.- 22с.

2. Виленский В.Я., Шумейко В.Я. Оценка результатов лечения врожденной косолапости// сборник трудов ЦИТО. – М., 1981г. - №24.- С.73-74

3. Джалилов П.С., Холходжаве М., джалилов А.П., ергалиев У. Функциональный метод лечения врожденных деформаций стоп у новорожденных// Полиативная медицина и реабилитация. – Ташкент, 1991.- С.99-102

4. Баталов О.А. Результаты консервативного лечения врожденной косолапости повязкой НИИто// Актуальные вопросы дет. Травм. И ортопедии: Материалы научно-практ.конф. дет. Травм. и ортоп. России. – СПб., 1993.- С.133

5. Пилипенко Н.П. Деротационная съемная распорка при лечении врожденной косолапости// Профилактика, диагностика и лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей: Материалы всеросс. Научно-практ. Конф.- спб., 1995.- СВ.265-266

6. Веселовская Ю.А., Каракай М.И., Шхалахова А.Т. Особенности оперативного лечения врожденной косолапости у детей в возрасте до года// Патология крупных суставов и другие актуальные вопросы дет.травм. и ортоп. – СПб., 1998.- С.258-259

7. Исмаилов Г.Р., Шуров В.А., Кузаков А.И. Опорная функция конечности у больных с дефектами стоп// Гений ортопедии.- 1998.- №1.- С.5-7

8. Давлетшин Р.И. Гипсовая повязка как инструмент для коррекции врожденных деформаций стоп у детей// Патология крупных суставов и другие актуальные вопросы травм. И ортопедии. – СПб., 1998. – С.236-237

9. Беренштейн С.С., чумак И.А., Беренштейн Э.С. Особенности анатомии скелета стопы при врожденной косолапости у плодов//Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. - №1. – С.21-24

10. Шевцов В.И., Дьячкова Г.В., Исмаилова Г.Р., Козьмина Т.Е. Рентгенологическая характеристика костей при деформациях стоп// Гений ортопедии.- Курган, 2000.- №4.- С.79-81.

11. Бушуев Ю.И., Баталов О.А. Некоторые вопросы этиопатогенеза врожденных деформаций стоп// Реабилитация больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы. Перспективы развития: сб. Научных трудов. – Иванова, 2000. – кн.4.- С205-208

12. Фальков И.В., Горлатанова М.Ю., Муромцев Е.Э., Перемыслов З.В., Фалькова А.В. Осложнение при оперативном лечении врожденной деформации стоп// Травматология и ортопедия XXI века: сб. Тезисов докладов V111 съезда травм. И ортопедов Росии.- Самара,2006.- С.1149

УДК 614.2+616.728.2-007.17-053.31

**МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ**

Т.А. Булегенов, д.м.н.,

А.С. Тлемисов, магистрант по специальности общественное здравоохранение

*Государственный медицинский университет города Семей***Тұжырым****БАЛАЛАРДАҒЫ ЖАМБАС САН БУЫНДАРЫ ДИСПЛАЗИЯСЫНЫҢ МЕДИКО-СОЦИАЛЬДЫ АСПЕКТІЛЕРІ**

Тірек-қимыл аппараты сырқаттарының өзектілігі оның кең таралуымен қоса социальды-экономикалық шығындалуымен анықталады. Бала жасындағы тірек-қимыл аппараты сырқаттарына шалдығудың негізгі экономикалық зардабы – ол мемлекеттің еңбек патенциалының төмендеуі және нәтижесінде жалпы ішкі өнімнің төмендеуімен сипатталады. Жамбас сан буындары дисплазиясы - ұршық ойығының, сан сүйегінің проксимальды бөлігінің, капсула дефектісімен сипатталатын даму тежелуі немесе патологиялық дамуы. Жамбас сан буындарының Қазақстан Республикасындағы таралуы 1000 нәрестеге 18 жағдай. Оның 3 – 5 сан сүйегінің шығуымен асқынады.

**Summary****MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF A DISPLAZIYA OF HIP JOINTS OF CHILDREN**

Actuality of a problem of incidence of the musculoskeletal device is defined not so much by its scales, how many social and economic losses. The main economic consequence of loss of health at children's age at pathology of the musculoskeletal device is a reduction of number of labor capacity of the country and the short-reception of gross domestic product connected with it. Displaziya of hip joint – insufficiency of development or pathological development including defects of a capsule, the proximal of a femur. In the Republic of Kazakhstan frequency of a displaziya of hip joints makes 18 cases on 1000 newborns. Dislocation of a hip 3-5 cases on 1000 become complicated.

**Актуальность** проблемы заболеваемости опорно-двигательного аппарата определяется не столько ее масштабами, сколько социально-экономическими потерями. Социальными последствиями заболеваемости опорно-двигательного аппарата для государства являются снижение числа молодежи призывного возраста и сокращение мобилизационного потенциала [1]. Главное экономическое последствие потери здоровья в детском возрасте при патологии опорно-двигательного аппарата – это уменьшение численности трудового потенциала страны и связанное с этим недополучение валового внутреннего продукта [2].

Дисплазия тазобедренного сустава – недостаточность развития или патологическое развитие включающая дефекты капсулы, проксимального конца бедренной кости и вертлужной впадины [3].

Распространенность дисплазия тазобедренного сустава варьируется от 1.6 до 28.5 случаев на 1000 новорожденных в зависимости от изучаемого населения [4-5].

В Республике Казахстан частота дисплазии тазобедренных суставов составляет 18 случаев на 1000 новорожденных. Вывихом бедра осложняется 3 - 5 случаев на 1000 [6-7].

**Цель работы:**

Изучение комплексной системы организации медико-санитарной и медико-социальной помощи пациентам с дисплазией тазобедренных суставов.

**Задачи:**

- изучить эпидемиологические аспекты дисплазии тазобедренных суставов;
- на основе определения эпидемиологических аспектов, медико-социального и экономического бремени дисплазия тазобедренных суставов обосновать значимость этой патологии в состоянии здоровья населения в современных условиях;
- проанализировать современное состояние медицинской помощи пациентам с дисплазией тазобедренных суставов на этапах медико-санитарной помощи;

**Материалы и методы.** Нами были исследованы 358 детей, получавшие реабилитационное лечение в детском реабилитационном центре «Токтамыс» в 2009-2010 годы. Данный центр является единственным оказывающий реабилитационную помощь детям с патологией опорно-двигательного аппарата в городе Семей.

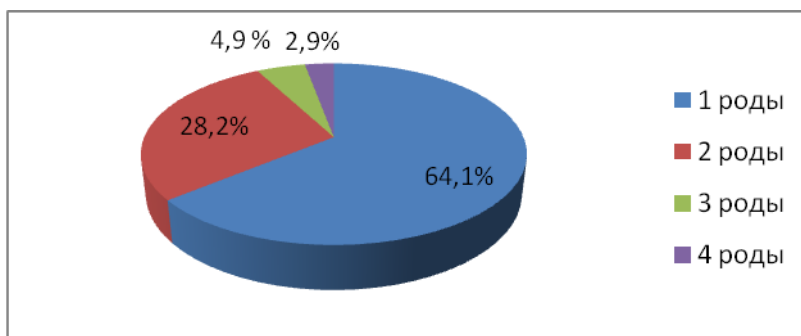
У всех детей, которые были осмотрены, диагноз дисплазии тазобедренного сустава был обоснован результатами рентген исследования или (и) ультразвуковым исследованием. Рассматривались амбулаторные карты данных детей. Было проведено пилотное анкетирование 25 родителей. Анкета состояла из 10 вопросов. После пилотного анкетирования выявились недостатки данной анкеты. Анкета была расширена до 34 вопросов. Путем случайного отбора было выбрано 120 респондентов. Всего из них были анкетированы 103 матерей. Случайный отбор и анализ данных был произведен программой EpiInfo Version 3.5.1. Достоверность высчитывалась с достоверностью 95%.

**Результаты.** Возраст исследуемых детей составил от 3 до 16 мес. Средний возраст детей получавших реабилитационное лечение 8, 49±2,88 мес (m=0,15). Нами были рассмотрены периоды, когда были рождены дети, у которых, в последствии, была диагностирована ДТС. 97 детей рождены зимой, весной 84, 109 летом и 114 осенью. Из данных видно, что дети с ДТС чаще рождаются в летний и осенний период.

При анкетировании было выявлено, что дети с дисплазией тазобедренных суставов рождаются от первых родов чаще, чем от других.

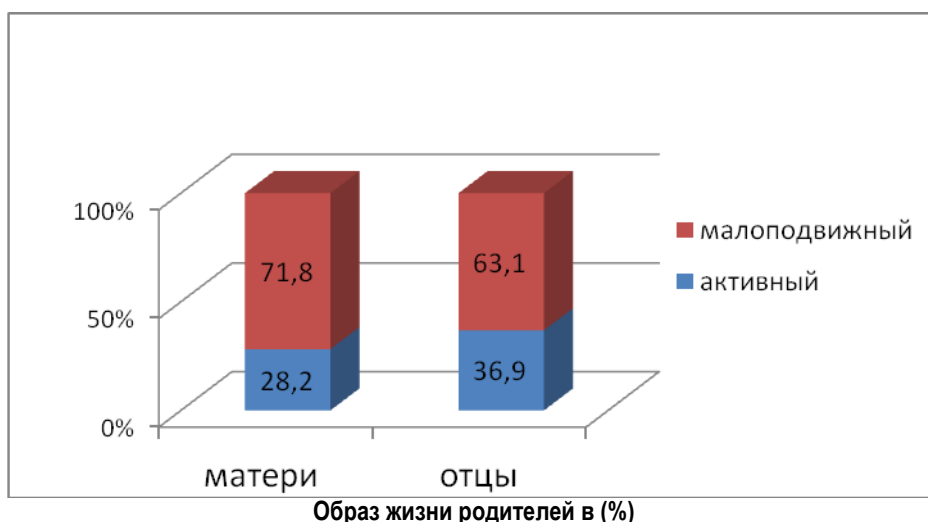
Среди детей преобладали дети казахской национальности, что составило 66%. Русские 29%, другие национальности 5%.

Средний возраст родителей среди проанкетированных составил у матерей 28,8±5,2 лет. Возраст отцов 30,8±6 лет. В сфере своей деятельности родители детей с дисплазией тазобедренных суставов ведут пассивный образ жизни.



60,2% матерей и 53,4% отцов имеют хронические заболевания разных систем. У 52,4% обследуемых детей близкие родственники имели заболевание опорно-двигательной системы. 82,0% детей имеют заболевания кроме дисплазии тазобедренных суставов, среди которых преобладали заболевания нервной системы, что составило 55,6%, чем и обуславливается большая

выявляемость неврологами дисплазии тазобедренных суставов, что составляет 13,6%. Как и предполагалось, большая доля выявляемости дисплазии тазобедренных суставов приходится на детских хирургов и травматологов-ортопедов - 65,0%. Обнаружение дисплазии родителями составило 11,7%, что на 2% больше чем у педиатров.



ДТС диагностируется в среднем 5,2±2,7 мес возрасте, что не является хорошим показателем. При своевременном обнаружении и начале адекватного лечения дисплазии (у детей в возрасте до 3-х месяцев) в 97,0% наблюдений достигаются отличные и хорошие результаты. В противном случае анатомические, функциональные и трофические несоответствия прогрессируют и вызывают вторичные изменения структур сустава с нарушением функции опоры и движения конечности, изменение положения таза, искривление позвоночника [8].

У 66,0% детей было ягодичное предлежание. 18,40% детей с ДТС вес при рождении был меньше 2 кг, у 81,60% больше 3 кг. 51,50% детей начали получать лечение спустя месяц со дня диагностирования ДТС, и только 48,5% в первом месяце. Мы считаем, что это связано с тем, что 54,4% родителей не знают о последствиях и осложнениях ДТС.

**Заключение.** ДТБС демонстрирует хоть не большую, но периодичность, так как дети с данной патологией больше рождаются осенью. Факторами ДТБС являются тазовое предлежание, положительный семейный анамнез, пассивный образ жизни родителей, а также пол (девочки). 82,0% детей имеют заболевания кроме дисплазии тазобедренных суставов, среди которых преобладали заболевания нервной системы. Остается актуальным вопрос несвоевременного диагностирования и позднего лечения ДТС.

**Литература:**

1. Симанова С.Н., Терлецкая Р.Н. Медико-социальные особенности формирования заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного возраста 2009.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Региональные особенности здоровья детей – основа выбора приоритетов педиатрической науки и практики / Научная сессия академий. – М.: Наука, 2007. – С.68-69.
3. Проект Национальный клинический протокол «Врожденный вывих бедра». – Кишинэу, 2009.-31с
4. Bialik V, Bialik GM, Blazer S, Sujov P, Weiner F, Berant M. Developmental dysplasia of the hip: A new approach to incidence. Pediatrics 1999; 103(1):93-9.
5. Dezateux C, Rosendahl K. Developmental dysplasia of the hip. Lancet 2007;369(9572):1541–52.
6. Карабеков А.К., Плеханов Г.А., Дуйсенов Н.Б., Карабекова Р.А. Клиника. Диагностика и лечение врожденного вывиха бедра у детей. – Шымкент, 2002. – 99 с.
7. Ерекешов А.Е., Разумов А.А. Врожденный вывих бедра у детей. - Тараз, 2004. - 271с.
8. Карпенко А.К., Трофимова Т. Н., Петрова Н. С., Минькин А. В. Способ определения патологии тазобедренного сустава у детей 1 - 5 лет // Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Санкт - Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – СПб., 2007.

УДК 616.381-002.3-099-071-08

## ДИАГНОСТИЧЕСКО - ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

М.М. Гладинец, Д.Г. Кондратьев, Я.С. Ракида, М.А. Свавильная, М.Ф. Увазыров

*Государственный медицинский университет, города Семей*

**Тұжырым**

### ЖАЙЫЛҒАН ПЕРИТОНИТТИҢ ИНТОКСИКАЦИОНДЫҚ СИНДРОМЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ - ЕМДЕУ БАҒДАРЛАМАСЫ

М.М. Гладинец, Д.Г. Кондратьев, Я.С. Ракида, М.А. Свавильная, М.Ф. Увазыров

*Біздің емдеуімізбен 200 науқас іріңді жайылған перитонитпен жүргізілді. Интоксикациялық синдромның емі оның көріну деңгейіне байланысты болды. 45 науқастардың ішінен перитонеальді диализді қолданып, айтылған әдіспен және гемосорбция 17,8% немесе 8 науқас қайтыс болды. Белгіленген ем шараны қолданбаған науқастар арасынан өлімділік 29,9% құрады.*

**Summary**

### DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE INTOXICATION SYNDROME IN LIFFUSE PERITONITS

М.М. Gladinec, D.G. Kondratyev, Ya.S. Rakida, M.A. Svavilnaya, M.F. Uvazirov

*Based on analysis of clinic - laboratory manifestations of intoxication in 200 patients with widespread forms of peritonitis the authors give a classification of severity of the intoxication syndrome. The role of proteases and middle size peptides in pathogenesis of endogenous intoxication in peritonitis is shown. The irrigation of the abdominal cavity with Kontrikal is recommended in the postoperative period for decreasing the intoxication. Hemosorption was also used in patients with the growing syndrome of endogenous III-degree intoxication. The methods used lowered lethality from 29,9% to 17,7%.*

Проблема перитонита остается вечно не решенной и по сегодняшний день. В данной связи ещё И.И. Греков с иронией заметил, что исправить угнетающую статистику исходов перитонита довольно просто. Необходимо развивать наблюдения истинного по формам перитонита, для излечения которых достаточно одной адекватной, своевременной выполненной операции. Наблюдения показывают, что подобные тенденции проявляются и по сегодняшний день. Они служат причиной сосуществования оптимистических заключений в диссертационных работах, публикациях с озабоченностью клиницистов в результате сохраняющейся высокой летальности при перитоните. Средние показатели летальности удерживаются на уровне 20-30%, а при тяжелых формах перитонита и послеоперационном достигают 40-50%.

Перитонит остается хирургической, общеклинической и патологической проблемой, актуальность которой не снижается, несмотря на, несомненный, успех клинической медицины, новыми перспективными технологиями. Обсуждение лечения перитонита приходится с уточнения позиций клинической его классификации и степени тяжести интоксикационного синдрома. Предлагаются следующие формы перитонитов: серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, каловый, желчный, геморрагический, химический. Это среди хирургов один из оживленно обсуждаемых и наиболее дискуссионных вопросов классификации перитонита «В.К. Гостищев, М.И. Кузин, Е.А. Ерюхин, В.С. Савельев».

Проблема лечения перитонита одна из самых актуальных и трудноразрешимых, несмотря на успехи в решении организационного и хирургического аспекта проблемы. Летальность не имеет тенденции к снижению. Главной причиной которой, является тяжелая эндогенная интоксикация, тяжесть клинических проявлений, а также развития абдоминального сепсиса. В ведущих клиниках мира в клинической классификации перитонитов введен абдоминальный сепсис, принятый на Согласительной конференции в Чикаго в 1991г. «R. Bone с соавт.1992г.». Выделены различные степени выраженности, характера воспалительного процесса в полости брюшины, в зависимости от механизма образования перитонита. Труднее диагностируется послеоперационный перитонит, особенно если по своему

этиопатогенезу приближается к третичному «вялотекущему» перитониту. Здесь ведущее место в клинической диагностике принадлежит распознаванию признаков эндотоксикоза на фоне стертой клинической картины воспаления брюшины.

Целью работы было выявить наиболее характерные у больных с распространенными формами перитонита степени тяжести синдрома эндогенной интоксикации. Анализируя результаты лечения в БСМП за 10 лет 200 больных с распространенными формами перитонита. Разлитой перитонит был у 129 больных или 64,5%, диффузный у 71 или 35,5%. К моменту операции в реактивной фазе по Симоняну находилось 22,3% больных, токсической 58,9%, в терминальной 18,8%. Степень эндогенной интоксикации в послеоперационном периоде оценивали по 9 клиническим и 13 лабораторным показателям, из которых наиболее информативными оказались 11. Из 200 больных интоксикационный синдром I - степени был у 58 или 29%, летальности не было, II - степени у 46, летальность составила 23%, III - степени у 96, летальность 47,5%. Наиболее существенным фактором, определяющим тяжесть интоксикации, являлось распространенность процесса. Среди больных с I - степенью тяжести интоксикационного синдрома разлитой перитонит был у 8 или 4%, II - степени у 21 пациента или 10,5%, III - степени у 89 или 44,5%. Частота гнойного характера экссудата обнаруженного во время операции в брюшной полости составляла у больных с I - степенью 27,6%, II - 43%, III - 30%. Характеризуя нозологическую структуру перитонитов, следует отметить, что в группе с I - степенью тяжести интоксикации большинство составляли больные с диффузным перитонитом на почве перфорации гастродуоденальных язв и острого аппендицита. Во 2-ой, 3-ей группах основное место занимали больные с разлитым послеоперационным перитонитом, деструктивным панкреатитом, острым аппендицитом, перфорацией опухолей желудочно-кишечного тракта. Анализируя результаты клинико-лабораторных и патолого-анатомических исследований у 41 умершего от разлитого перитонита, было установлено, что у 23 больных или 11,5% умерли в первые 6 суток после операции, причем у 18 или 9% непосредственной причиной смерти в раннем послеоперацион-

ном периоде, явилась тяжелая эндогенная интоксикация, которая прогрессировала, несмотря на массивную антибактериальную, инфузионно-трансфузионную, заместительную терапию, с применением различных методов детоксикации. В последние годы установлена важная роль протеолитических ферментов, в патогенезе интоксикации при перитоните веществ среднемолекулярного происхождения, при различных патологических состояниях с проявлением усиленного протеолиза.

У 37 больных с разлитым перитонитом, изучена динамика изменений активности протеолитических ферментов по методу *Alcol* в сыворотке крови и перитонеальном экссудате, а также среднемолекулярных пептидов по методике Н.И. Габриэляна.

**Таблица 1. - Тяжести интоксикационного синдрома при перитоните.**

Критерии	Степени интоксикации		
	I	II	III
Частота пульса в 1 мин.	до 110	110-130	Более 130
Частота дыхания в 1 мин.	до 22	23-30	Более 30
Нарушения функции ЦНС.	легкая эйфория	заторможенность, возбуждение	интоксикационный делирий
Цвет кожного покрова	нормальный	бледный	землистый, акроцианоз
Суточный диурез, мл	1000	800-1000	менее 800.
Перистальтика кишечника	вялая	отсутствует	отсутствует
Лейкоцитарный индекс интоксикации норма-1	менее 3	3-6	более 6
Концентрация среднемолекулярных пептидов, усл.ед. норма-0,182±0,015	0,266±0,03	0,400±0,06	0,535±0,06
Парамецийный тест, мин. норма -18,1±2,44.	16,4±0,66	12,1±0,87	9,64±0,81
Сыворотки, нкат/л норма-2,33±0,42	3,5±0,8	4,5±1,33	9,67±2,67
Мочевина	7,47±0,52.	10,1±0,69.	16,34±1,8.

Как видно из таблицы 1, даже в первые сутки после операции выявляется максимальный уровень протеолиза в перитонеальном экссудате, а также в сыворотке крови почти в 4-6 раз, превышающий нормальные показатели. К 4-5 суткам активность протеолитических ферментов при неосложненном послеоперационном течении снижается до нормальных показателей, что связано с нарастанием выработки сывороточных ингибиторов протеаз. Такой же характер носит кривая концентрации в крови среднемолекулярных пептидов, которые образуются в результате агрессивного действия протеаз на белковые структуры организма. Снижение концентрации их происходит значительно медленнее при неосложненном течении, которая нормализуется к 9-10 дню. Борьба с интоксикацией, при перитоните, должна проводиться на всех этапах её формирования. Основным источником ферментемии является перитонеальный экссудат, обладающий максимальной протеолитической активностью в первые 2-сутки после операции, целесообразным является не только удаление его, но и нейтрализация протеаз, которые значительно усиливают резорбтивную способность воспаленной брюшины.

С этой целью у 31 больного с интоксикационным синдромом II- и III- степени в первые 2 суток после операции проводилось орошение брюшной полости антисептическими растворами от 3 до 4 л в сутки с добавлением 30.000-50.000 контрикала на 1л. жидкости. Контрикал, помимо нейтрализации протеаз, обладает также способностью тормозить всасывание из брюшной полости низко- и высоко-молекулярных токсических веществ. Проведение орошения брюшной полости небольшими объемами жидкости с добавлением ингибиторов протеолиза оказывает положительное влияние на основные клинико-лабораторные показатели больных разлитым перитонитом.

С этой целью у 31 больного с интоксикационным синдромом II- и III- степени в первые 2 суток после операции проводилось орошение брюшной полости антисептическими растворами от 3 до 4 л в сутки с добавлением 30.000-50.000 контрикала на 1л. жидкости. Контрикал, помимо нейтрализации протеаз, обладает также способностью тормозить всасывание из брюшной полости низко- и высоко-молекулярных токсических веществ. Проведение орошения брюшной полости небольшими объемами жидкости с добавлением ингибиторов протеолиза оказывает положительное влияние на основные клинико-лабораторные показатели больных разлитым перитонитом.

**Таблица 2. - Влияние орошения брюшной полости контрикалом 50 тыс. на показатели у больных с разлитым перитонитом.**

Период исследования	Частота пульса 1 мин.	Частота дыхания 1 мин.	Парамецийный тест, мин.	Содержание среднемолекулярных пептидов в крови, усл.ед.	Протеолитическая активность сыворотки нкат/л.
До проведения орошения	118±5,95	30,6±3,1	10,9±1,3	0,535±0,06	11,5±1,67
После проведения орошения	103,3±3,5 P<0,05	22,8±2,3 P=0,05	15,7±2,1 P<0,05	0,388±0,05 P=0,05	6,17±1,92 P<0,05

Подобная методика <sup>1</sup> позволяет сохранить дезинтоксикационное действие, избежать недостатков присущих диализу большими объемами жидкости, что в сочетании с простотой выполнения делает возможным её использование в любых хирургических отделениях. Применение этой методики, орошение брюшной полости, обеспечивает стойкий дезинтоксикационный эффект в послеоперационном периоде у больных с II-степенью токсикоза. У больных с прогрессирующим течением интоксикационного синдрома III-степени необходимо применение дополнительных воздействий направленных на элиминацию из крови токсических веществ.

Этой цели служит экстракорпоральная гемосорбция, которая была проведена в раннем послеоперационном периоде у 36 пациентов с разлитым перитонитом различного происхождения. Гемосорбция осуществлялась с помощью аппарата «УАГ-01» на сорбентах марки «СКН», используя щелевые насадки. Объем перфузии составлял 1-2 ОЦК. У 28 пациентов гемосорбция сочеталась с перитонеальным диализом. После гемосорбции нейтрализацию гепарина не проводили. Получен выраженный клинико-лабораторный эффект гемосорбции, который заключался в уменьшении тахикардии, одышки, нормализации сдвигов ЦНС, раннее восстановление перистальтики кишечника, увеличение диуре-

за. Перфузия 1-2 ОЦК, через сорбенты приводила к снижению уровня среднемолекулярных пептидов с  $0,414 \pm 0,04$  до  $0,293 \pm 0,02$  усл. ед.,  $p < 0,05$ , концентрации мочевины с  $15,97 \pm 1,39$  до  $10,8 \pm 1,03$  ммоль/л,  $p < 0,01$ , билирубина с  $31,51 \pm 3,54$  до  $22,93 \pm 3,24$  мкмоль/л,  $p < 0,1$ , удлинению парамечийного теста с  $11,3 \pm 1,27$  до  $18,5 \pm 1,76$  мин.,  $p < 0,05$ . Из 45 пациентов леченных с применением перитонеального диализа по описанной методике и гемосорбции. Умерли 8 или 17,8%. Среди больных, у которых не применялись вышеуказанные современные методы детоксикации в лечении, приводили к летальности до 29,9%.

Таким образом, тяжелый синдром эндогенной интоксикации, является одной из основных причин смерти больных разлитым гнойным перитонитом. Резкая активация протеолиза в перитонеальном экссудате и сыворотке крови и накопление в крови среднемолекулярных пептидов, являются важными моментами патогенеза развития интоксикации при развитии перитонита. Лечение интоксикационного синдрома зависит от степени его

выраженности, поэтому необходимо по строгим показаниям применение перитонеального диализа, лимфосорбции, гемосорбции. Мы считаем в этом, решение проблем в хирургии при тяжелых формах распространенного перитонита, которые будут своевременно внедряться, и применяться в клинической практике хирурга. Это современные инновационные технологии, конкретных новшеств в медицинскую практику, при дифференцированных клинических показаний к широкому их использованию.

#### Литература:

1. Линденберг А.А., Кригер А.Г., Шуркалина Т.Х., Мельник И.П. Гомосорбция в комплексном лечении распространенных форм перитонита. – Хирургия, 1984, №8, с. 120-124.
2. Савельев В.С. и др. «Руководство по хирургии». Т-1,3, 2009, 2010г.
3. Ерюхин И.А., Хирургия гнойного перитонита, Росс. Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, 2002г.

УДК 616-089.163

## ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Г.Ж. Ыגיעв

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

Тұжырым

ОПЕРАЦИЯ АЛДЫДАҒЫ КЕЗЕҢДЕГІ ИНФУЗИОНДЫ ТЕРАПИЯ

Г.Ж. Ыגיעв

Инфузионды терапия ұзақ уақытты хирургиялық іс-шаралардың және анестезиологиялық құралдың маңызды және біртұтас бөлігі болып саналады. Жаңа замандағы анестезиологиялық құралдар ауырсыну аумағындағы ауырсыну импульсациясын басу үшін тек қана наркотикалық анальгетиктерді енгізу ғана емес, сонымен қатар организмнің қызметін бақылау, яғни ең алдымен тыныс алу және қанайналым жүйесін басқару. Бұл міндеттер инфузионды терапияны қолдану арқылы жүзеге асады.

Summary

INFUSION THERAPY AT PERIOPERATIVE PERIOD

G.Zh. Ygiyev

Infusion therapy at long surgical operations is important part of anesthesiological help. Modern anesthesiological help consist of not only introduction of narcotic analgetics but also medicines to depress pain pulsation from zone of operation and to management of organism functions, first of all respiration and blood circulation. These goals are realized by using of infusion therapy.

Инфузионная терапия является серьезным инструментом анестезиолога-реаниматолога и может дать оптимальный лечебный эффект только при соблюдении двух неперемных условий: врач должен четко понимать цель применения препарата и иметь представление о механизме его действия. Нарушение водно-электролитного обмена может привести к тяжелым расстройствам сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. В связи с этим рациональной можно считать только ту программу инфузионной терапии, которая основывается на четких знаниях водно-электролитного обмена[1].

Инфузионная терапия при длительных хирургических вмешательствах является неотъемлемой и важной частью анестезиологического пособия. Во-первых, это обеспечение пациента водой и электролитами с учетом физиологических потребностей до операции и во время нее. Во-вторых, большие по объему операции сопровождаются более или менее значимой кровопотерей. В-третьих, необходимо учитывать перспирацию жидкости из зоны операции. Открытая лапаротомная рана сама по себе является источником водных потерь.

Инфузионные растворы - это лекарственные препараты на водной основе, применяемые для парентеральной терапии с целью восполнения и поддержания водно-электролитного баланса и обеспечения оптимального метаболизма организма. С позиций интенсивного лечения водно-электролитных нарушений инфузионные среды целесообразно распределить в следующей последовательности:

1) Плазмозамещающие растворы (плазмозаменители и кровь). Основная цель их применения - быстрое восстановление плазматического и глобулярного объема, улучшение реологии крови.

2) Базисные инфузионные растворы глюкозы и электролитов. Применяются для поддержания водно-электролитного баланса в течение необходимого времени.

3) Корректирующие инфузионные растворы, в том числе молярные растворы электролитов и гидрокарбоната натрия, предназначенные для коррекции нарушений гидроионного и кислотно-щелочного баланса.

4) Растворы диуретиков. Основная цель их применения - восстановление диуреза, предупреждение почечной недостаточности и детоксикация.



5) Средства парентерального питания, являющиеся субстратами для энергообеспечения[2].

Основная цель проводимой инфузионной терапии в периоперационном периоде - поддержание адекватного сердечного выброса для обеспечения перфузии тканей при максимально низком гидростатическом давлении в просвете капилляров.

На объем инфузионной терапии во время операции влияет много факторов. Гиповолемия часто сочетается с хронической артериальной гипертензией, вызывающей увеличение общего сосудистого сопротивления. На объем сосудистого русла также влияют различные лекарственные препараты, которые больной принимал длительное время до операции или которые использовались в качестве предоперационной подготовки.

По современным представлениям, эффективная инфузионная терапия включает следующие этапы:

- I этап – восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК) и интерстициальной дегидратации;
- II этап – коррекция дисгидрий, дезинтоксикация, коррекция водно-электролитных нарушений;
- III этап – энергетически-пластическое обеспечение.

В настоящее время большинство анестезиологов придерживаются следующей тактики: при абдоминальных вмешательствах скорость инфузии составляет от 10 до 15 мл/кг/час кристаллоидных растворов, плюс растворы, необходимые для возмещения кровопотери и введения лекарственных средств. Для торакальных вмешательств скорость инфузии составляет от 5 до 7,5 мл/кг/час. Таким образом, средний объем инфузии во время хирургического вмешательства, протекающего без осложнений и с умеренной кровопотерей, варьирует в пределах 500-800 мл/ч, что обеспечивает возмещение всех потерь жидкости, спокойный выход из наркоза, стабильность гемодинамики в раннем послеоперационном периоде.

Основные аргументы в пользу выбора того или иного раствора должны основываться на правильной интерпретации различных показателей, характеризующих данную клиническую ситуацию, и сопоставимости с ней физико-химических свойств препарата. Во время длительных хирургических вмешательств инфузионная терапия в основном состоит из кристаллоидных и син-

тетических коллоидных препаратов. В некоторых случаях (большая кровопотеря), если требуется, переливают компоненты крови (свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса).

Кристаллоидные растворы - это водные растворы низкомолекулярных ионов, иногда в сочетании с глюкозой. Коллоидные растворы содержат не только ионы, но и высокомолекулярные вещества - белки и полимеры глюкозы (полисахариды). Кристаллоидные растворы делятся на: гипотонические, имеющие более низкое осмотическое давление, чем плазма; изотонические - такое же как у плазмы; гипертонические - более высокое осмотическое давление, чем плазма крови. Действие вводимых растворов на осмолярность зависит от концентрации натрия в растворе относительно его концентрации в сыворотке[3].

Состав инфузионной терапии должен включать в себя как кристаллоиды, так и синтетические коллоиды (ГЭК). Использование только одной группы растворов может привести к водно-электролитному и кислотно-щелочному дисбалансу и нарушениям в системе гемостаза.

Таким образом, выбор адекватного объема инфузии у пациентов с тяжелой гиповолемией и шоком является одной из определяющих величин. Быстрое восстановление адекватного для данной емкости сосудистого русла ОЦК служит ключевым моментом профилактики и лечения полиорганной недостаточности. С другой стороны, введение значительных объемов жидкости в условиях повышенной сосудистой проницаемости или у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы потенциально опасно развитием ятрогенных осложнений.

#### Литература:

1. Брюсов П.Г., Данильченко В.В., Калеко С.П. Актуальные вопросы трансфузиологического обеспечения пострадавших в экстремальных условиях // Трансфузионная медицина. Спец. выпуск журн. Мед. технологии. 1995. № 5. С. 8-10.
2. Сарсембаев Б.К. Инфузионная терапия. Учебно-методическое пособие. Алматы, 2009 год стр 9-10.
3. Шифман Е.М., Тиканадзе А.Д. Инфузионная терапия периоперационного периода. Петрозаводск.-2001.

УДК 616.351-006-072.1-084

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ, КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.Б. Турганова

КГП на ПХВ «Павлодарская городская больница №2», г. Павлодар

Тўжырым

**ФИБРОКОЛОНОСКОПИЯ-ТОҚ ІШЕК ТҮЙМШЕКТЕРІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМДЕУІНІҢ ӘДІСІ РЕТІНДЕ**  
Ә.Б. Тұрғанова

Бұл мақалада фиброколоноскопия тоқ ішек түймешектерінің ең тиімді әдісі ретінде қарастырылады. Тоқ ішек обырын алдын алудың ең негізгі мақсаты тоқ – ішек түймешектерінің нақты және дер кезінде анықталуы. Осы фиброскопия әдісі жаңа өспелердің нақтамасында шешуші рольді атқарады.

Summary

**PHIBROCOLONOSCOPY AS THE METHOD OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF COLONIC POLYP**  
A.B. Turganova

In this article given information about phibrocolonoscopy as the most informative method of diagnostic polyp diagnostic. On time and exact diagnostic of colonic polyps is one of the principal problems in p prophylaxis of large intestine cancer. The main role in diagnostic of this neoplasm belongs to the method of phibrocolonoscopy.

К полипам толстой кишки приковано внимание онкологов и колопроктологов всего мира [1]. Давно установлено, что у пациентов с полипами достоверно чаще встречается рак толстой кишки. Это позволяло долгое время рассматривать полипы как предраковые заболевания и обуславливало тактику, направленную на их эндоскопическое удаление (полипэктомия) с целью профилактики развития рака. Данная концепция получила название "аденома-карцинома". Даже небольшой полип всегда является опухолью (пусть и доброкачественной), поэтому клетки, формирующие полип, отличаются от клеток слизистой оболочки кишечной стенки. Данное отличие обозначается в онкологии термином дисплазия. Со временем дисплазия усиливается, и клетки с высокой степенью дисплазии перерастают в рак. Это и есть малигнизация полипа, т.е. его злокачественное перерождение [1-4].

Таким образом, полипы (особенно с выраженной дисплазией) рассматриваются как плацдарм для развития рака, и должны быть удалены. Другая концепция развития рака толстой кишки гласит, что рак изначально развивается из одной раковой клетки, которая образуется в неизменной слизистой оболочке, т.е. рак не растет непосредственно из полипа. Она получила название "de novo". Эта концепция не опровергает статистические данные о более частой встречаемости рака у больных с полипами. Она лишь подчеркивает важность профилактической колоноскопии для выявления ранних форм рака, удаление которых возможно с помощью щадящих хирургических методик или эндоскопических методик [3,4].

В норме клетки слизистой оболочки кишечника регулярно обновляются. Если этот процесс нарушается, образуются локальные выросты слизистой кишечника – полипы [3,5].

Как правило, склонность к нарушению процесса смены клеток слизистой оболочки передается по наследству. Помимо наследственных факторов, разрастанию полипов и злокачественному их перерождению способствуют употребление большого количества животной и жирной пищи, а также запоры. Животные жиры и белки приводят к выделению в кишечнике канцерогенных веществ, нарушающих обновление клеток слизистой. Запоры, в свою очередь, способствуют длительному действию таких канцерогенов. Выделяют два вида полипов - на ножке (они обычно небольшого размера и напоминают гриб) и на широком основании (более плоские и крупные, т.н. ворсинчатые полипы).

Полипы могут иметь различные размеры, от монеты до кончика карандаша. Полипы, как правило, не беспокоят пациента. Чаще всего наличие полипа выявляется при профилактическом осмотре. В редких случаях из полипа может развиваться кровотечение из прямой кишки.

Однако полипы отнюдь не безобидны: при длительном существовании клетки полипа могут становиться злокачественными [3].

Основной метод диагностики полипов - колоноскопия. Лекарственное лечение полипов толстой кишки бесперспективно. Любой полип, обнаруженный при колоноскопии, должен быть удален и исследован под микроскопом.

Хирургическое лечение полипов толстой кишки (полипэктомия) осуществляется при помощи эндоскопического оборудования. После удаления полипов больших размеров (более 2 см) или множественных полипов (5 и больше) и ворсинчатых аденом любого размера необходима контрольная колоноскопия каждый год. Своевременное удаление маленьких, почти всегда бессимп-

томных полипов толстой кишки - основная мера профилактики рака толстой кишки.

Превентивное удаление полипов толстой кишки является эффективным средством профилактики колоректального рака, и предупреждает развитие рака у большинства пациентов [1-2].

Частота озлакачествлений одиночных и множественных полипов по мнению различных авторов, отмечается в 35% случаев, а диффузный полипоз относится к облигатному предраку, индекс малигнизации полипов приближается к 100% [3-4].

Рентгенологический метод, как метод диагностики полипов толстой кишки менее информативен. Установить достоверно перерождение полипа, а также выявить одиночные полипы, особенно при избыточной складчатости слизистой оболочки, очень трудно.

Фиброколоноскопия/осмотр толстого кишечника/ и полипэктомия дают возможность не только достоверно диагностировать наличие полипов, но и тщательно изучить их морфологическую структуру [1-2].

**Цель работы** - ранняя диагностика и профилактика рака толстой кишки при проведении фиброколоноскопии и полипэктомии.

**Материалы и методы.** Материалом исследования явились 342 пациента в возрасте от 17 до 86 лет, которым в период с 2008 по 2010 годы нами была проведена фиброколоноскопия. Исследование проводилось фиброколоноскопом FC 38C «Pentax», производство Япония.

**Результаты и их обсуждение.** В процессе исследования выявлено следующее. У 55 (16%) больных выявлены полипы толстой кишки. При эндоскопическом осмотре вид полипов разнообразен. Цвет значительно варьирует - от бледно-розового до ярко - малинового, от малинового до багрового, в зависимости от кровоснабжения полипа, воспалительного процесса или элементов озлакачествления. Также обнаруживаются полипы с участками изъязвлений и фибринозного налета. По форме плоские, круглые, овальные, гроздевидные или ветвистые. По отношению к стенке - на широком основании, узком, имеющем сформированную шейку или на ножке различной длины.

Все многообразие вариантов локализации обнаруженных полипов попыталась разделить в определенные группы. Единичные полипы найдены у 36 больных. Групповые полипы обнаружены у 10, множественный полипоз у 5 больных. У 52 больных полипы имели размеры до 1,0 см, в 7 случаях они были размером от 1,0 до 2,0 см, и у 7 пациентов - от 2,0 до 3,0 см в диаметре.

Во всех случаях производилась прицельная биопсия и определялась гистологическая форма новообразования. У большинства больных обнаружены аденоматозные полипы. Малигнизация полипов выявлена у 3 больных.

На основании имеющихся гистологических заключений у 16 исследуемых было произведено 24 полипэктомий из различных отделов толстой кишки. Полипэктомия производилась autocom 50, model 20520520 KARL STORZ, Германия. Размеры удаленных полипов были от 0,5 до 4,0 см в диаметре. Все удаленные полипы были исследованы гистологически. По микроскопическому строению они распределились следующим образом:

железистый полип без пролиферации – 4,  
аденоматозный полип - 15,  
ворсинчатый полип - 2,  
малигнизированный полип - 3.

Отсюда следует, что своевременная и точная диагностика полипов толстой кишки - одна из основных задач в профилактике рака толстой кишки. И решающая

роль в диагностике этих новообразований принадлежит методу фиброколоноскопии.

#### Выводы:

1. Фиброколоноскопия является наиболее информативным методом, позволившим выявить полипы у 55 исследуемых больных (16%).
2. Полипэктомия, применяемая при фиброколоноскопии, является рациональной и пока единственной мерой профилактики злокачественных заболеваний ЖКТ.
3. При проведении 24 полипэктомий у 16 исследуемых малигнизация выявлена в 3 случаях.
4. Учитывая большую частоту полипов у людей преклонного возраста с выраженными сопутствующими заболеваниями, следует признать возможным эндоскопическую полипэктомию окончательным вмешательством

даже при выявлении малигнизации полипа при отсутствии признаков инвазивного роста в ножке полипа.

#### Литература:

1. Чернеховская Н.Е «Современные технологии в эндоскопии» Москва, Российская медицинская академия последиplomного обучения, 2004.
2. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И «Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта» Москва: Медицина -1984.
3. Федоров В.Д., Никитин А.М «Диффузный полипоз толстой кишки» Москва: Медицина-1985.
4. Федоров В.Д «Рак прямой кишки» - Москва: Медицина - 1987.
5. Болотовский Г.В «Болезни кишечника» Санкт-Петербург-2005.

УДК 616.34-007.43-616.381-089.163

## ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВНЫМИ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Н.М. Жумажанов

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана

#### Тұжырым

### РЕЦИДИВТІ ІШ ЖАРЫҒЫ БАР ҚАРТ НАУҚАСТАРДЫ ОПЕРАЦИЯҒА ДАЯРЛАУ ШАРАЛАРЫ

Н.М. Жумажанов

*Клиникалық тәжірибеге рецидивті іш жарығының алдын алу үшін операция алдындағы даярлау шараларын кеңінен қолдану емдеу нәтижелерін бірталай жақсартуға мүмкіндік туғызды. Операциядан кейінгі кезеңде 67 қарт науқасты емдеу нәтижесін сараптау рецидивті іш жарығының 3 науқаста кездескенін көрсетті, ол 4,47% құрады. Операциядан кейінгі кезеңде летальды жағдай болған жоқ.*

#### Summary

### PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS OF ELDERLY AGE WITH POSTOPERATIVE RECURRENT VENTRAL HERNIAS

N.M. Zhumazhanov

*Wide introduction into the clinical practice the methods of preoperative preparation for preventive maintenance of recurrence of hernias has allowed to improve results of treatment essentially. The analysis of results of treatment of 67 elderly patients in the postoperative period has revealed recurrence of hernia at 3 patients that has composed 4,47%. Lethal outcomes after operation was absent.*

Проблема хирургического лечения послеоперационных рецидивных грыж у больных пожилого возраста остается актуальной.

Наличие сопутствующей патологии в виде гипертонической болезни, хронических заболеваний легких, сахарного диабета, ожирения III–IV степени является причиной появления рецидива послеоперационных грыж у лиц пожилого и старческого возраста. У данной категории больных наиболее часто встречаются большие и гигантские грыжи. Частота послеоперационных грыж у данной категории больных составляет 6–8% [1,2,3,4].

Широкое внедрение нами в последние годы в клиническую практику методов предоперационной подготовки для профилактики рецидива грыж у лиц пожилого возраста позволило существенно улучшить результаты лечения.

**Материалы и методы:** Проведен анализ предоперационной подготовки и лечения 67 пациентов пожилого возраста с послеоперационными рецидивными грыжами, поступивших в плановом порядке в ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана в 2009 - 2011 г. Больные были в возрасте от 62 до 81 года, среди них 47 женщин и 20 мужчин.

В предоперационном периоде произведена подготовка желудочно-кишечного тракта, профилактика тромбоэмболических осложнений, превентивное лечение сопутствующих заболеваний, тренировка сердечно-сосудистой и дыхательной системы к новым условиям повышения внутрибрюшного давления за счет уменьшения объема брюшной полости после операции.

При выявлении сопутствующей патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой и дыхательной системы, сахарного диабета, оперативное лечение выполняли после полной коррекции сопутствующих заболеваний и стабилизации состояния пациентов. Особое внимание уделяли подготовке системы дыхания перед операцией.

Нарушению жизненно важных функций организма после хирургической операции способствуют вынужденный постельный режим, ограничение движения, болевое ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки и диафрагмы, усугубляющееся повышением внутрибрюшинного давления вследствие послеоперационного пареза кишечника. Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде являются послеоперационная пневмония и обострение хронического бронхита. Одномоментное вправление гры-

жевого содержимого в брюшную полость, а также сама пластика передней брюшной стенки, неизбежно приводят к повышению внутрибрюшного давления за счет уменьшения объема брюшной полости, что является причиной развития нарушений со стороны дыхательной и сердечнососудистой системы.

Одной из возможностей предупреждения легочных осложнений в послеоперационном периоде является оптимизация комплексной функциональной предоперационной подготовки с использованием средств физической адаптации: дыхательные упражнения, тренировка скелетной мускулатуры с помощью ЛФК, комплексные методики лечебного массажа.

Всем больным до операции проводили спирометрию, исследование функции внешнего дыхания (ФВД).

Оценку проводили по показателям: ЧДД (частота дыхательных движений), МОД (минутный объем дыхания), ЖЕЛ (жизненная емкость легких), ФЖЕЛ (форсированная жизненная емкость легких). Оценку показателей ФВД у больных с послеоперационными рецидивными грыжами передней брюшной стенки проводили после предварительного стягивания живота бандажом. Для проведения исследования больного укладывали на спину и вправляли содержимое грыжевого мешка в брюшную полость, после чего туго накладывали бандаж. У больных с неврашиваемыми грыжами исследование проводили без стягивания живота бандажом.

**Результаты.** Нарушения ФВД выявлены у 43 больных, которым проводили предоперационную подготовку. Суть предоперационной подготовки заключалась в 14-дневном ношении бандажа, а также в комплексе ЛФК, направленном на обучение пациентов грудному дыханию и удлиненному выдоху, после чего больным вновь проводили спирометрию. Урежение дыхательных движений в результате упражнения у геронтологических больных с послеоперационными вентральными грыжами можно считать ранней профилактикой развития хронической усталости дыхательной мускулатуры.

При наличии хронических легочных заболеваний и выраженном болевом синдроме после оперативного вмешательства следует вырабатывать грудной тип дыхания. В обязательном порядке должны присутствовать дыхательные упражнения, способствующие удлинению и тренировке выдоха. Кратковременная задержка дыхания на 1–2 секунды без натуживания крайне полезна для больных с хроническим бронхитом с сопутствующей патологией сердца, так как способствует увеличению коронарного кровообращения. Дыхательные упражнения с кратковременной задержкой дыхания на выдохе показаны пациентам с клиническими проявлениями легочно-сердечной недостаточности, способствуя разгрузке малого круга кровообращения, адаптации к гипоксии и гиперкапнии.

Двухнедельного курса подготовки было вполне достаточно у 41 больных, после повторного обследования у них нарушения ФВД либо отсутствовали, либо были незначительными. Данные показатели позволяли говорить о хорошей адаптации пожилых больных к условиям повышенного внутрибрюшного давления. Из-за сохраняющихся нарушений у 2 больных курс подготовки продлевали еще на 14 дней.

Подготовка кишечника является одним из важных моментов предоперационной подготовки геронтологических больных с послеоперационными грыжами. Очищение кишечника позволяет увеличить объем брюшной

полости, что снижает степень натяжения тканей при пластике грыж. Кроме того, подготовка кишечника является одной из основных мер по профилактике послеоперационного пареза. С целью подготовки всех больных за 5–7 дней до операции перевели на бесшлаковую диету, за два дня до операции больным назначали очистительные клизмы два раза в день утром и вечером. Дополнительно за день до операции назначали фортранс по схеме.

Для профилактики тромбоэмболических осложнений больные принимали таблетки «Тромбоасс» 100 мг один раз в день после еды в течение 7–10 дней под контролем коагулограммы.

Считаем, что проведение УЗИ на этапе предоперационной подготовки позволит хирургу объективно оценить состояние тканей брюшной стенки, определить истинные размеры и форму грыжевых ворот, наличие дополнительных щелевидных дефектов и выраженность спаечного процесса для решения вопроса о выборе способа пластики.

Комбинированный метод общей анестезии: сочетание эндотрахеального наркоза и эпидуральной анальгезии является методом выбора анестезии у лиц пожилого и старческого возраста при операциях по поводу вентральных грыж. Эндотрахеальный компонент анестезии позволяет обеспечить адекватную защиту во время операции, вентиляционную поддержку и хорошую релаксацию мышц. Эпидуральный вид анальгезии позволяет улучшить качество обезболивания в послеоперационном периоде, ускорить восстановление функции миокарда, внешнего дыхания, желудочно-кишечного тракта, что немаловажно у данной категории больных.

После проведенного комплекса предоперационной подготовки 67 больным пожилого возраста с послеоперационными рецидивными грыжами передней брюшной стенки произведено оперативное лечение.

Пластика передней брюшной стенки местными тканями произведена 32 больным, комбинированная пластика с применением полипропиленовой сетки по типу «onlay» произведена 35 больным.

Анализ результатов лечения 67 пациентов в послеоперационном периоде выявил рецидив у 3 больных, что составило 4,47%. Летальных исходов после операции не было.

Таким образом, внедрение в клиническую практику методов комплексной предоперационной подготовки для профилактики рецидива грыж позволило существенно улучшить результаты лечения больных пожилого возраста.

#### **Литература:**

1. Борисов А.Е. Проблемы современной герниологии / А.М. Борисов, С.Е. Митин // Актуальные вопросы герниологии. – М.: РНЦХ РАМН, 2002. – С. 6–7.
2. Седов В.М. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж / В.М. Седов, С.Д. Тарбаев, А.А. Гостевской. – Вестн. хир., 2005, Том 164, №3. С. 85–87.
3. Федоров И.В. Протезы в хирургии грыж: столетняя эволюция / И.В. Федоров, А.Н. Чугунов // Новый хирургич. архив. – 2002. – Т. 1, №4. – С. 1–10.
4. Юрасов А.В. Хирургия паховых и послеоперационных грыж передней брюшной стенки: Автореф. дис. ... докт. мед наук / А.В. Юрасов. – М. – 2002. – 36 с.

УДК 617-089.5-001.36.618.31

## К ВОПРОСУ ОБ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ 3 СТЕПЕНИ

И.В. Поварницын

ГККП «Больница Скорой Медицинской Помощи», г. Павлодар

Summary

**ON THE ANESTHETIC MANAGEMENT OF SURGERY FOR AN ECTOPIC PREGNANCY,  
COMPLICATED BY HEMORRHAGIC SHOCK OF 3 DEGREE**

I.V. Povarnitsyn

*In this article the using of ketmin during anesthesia of operations about ectopic pregnancies, which complicated by hemorrhagic shock of 3 degree, infusion therapy, volumes of hemotransfusion, the dependence of patients on infusion therapy in the prehospital phase, the management of afteroperational period discusses.*

Тўжырым

**СЕЗІМСІЗДЕНДІРУІНІҢ ЖЕЛБУАЗҒА БАЙЛАНЫСТЫ ӨТКІЗУДЕ 3 БАП  
ГЕМОРРАГИЯЛЫҚ ЕСТЕН ТАҢУ СҰРАҒЫНА**

И.В. Поварницын

*Баптада кетминді қолдану сезімсіздендіруін желбуазға байланысты өткізуде 3 бап геморрагиялық естен тану шиеленістіріп алған, инфузия терапиясы, гемотрансфузиялардың көлемі, тәуелділік госпиталға дейінгі кезеңдегі инфузия терапиясынан аурулардың күйі, мерзімнің операциядан кейін жүргізуін тактикасы қаралады.*

Обезболивание операций по поводу внематочной беременности составляет значительную часть анестезиологической работы в стационарах, где развернуто urgentное гинекологическое отделение. Эта патология нередко осложняется внутренним кровотечением, геморрагическим шоком. Обезболивание у пациентов с шоком 1-2 (10-20% ОЦК) ст не вызывает затруднений, шок 4 ст (более 40% ОЦК) в условиях городского стационара встречается достаточно редко. Наиболее интересен для исследования сегмент пациентов с шоком 3 ст (30-40% ОЦК), так как они встречаются достаточно часто и требуют подбора наиболее подходящего анастезика, объема и качества инфузионной терапии, тактики ведения. Такие больные чувствительны к гипоксии, хирургической агрессии, кровопотере, у них имеется гипоксия циркуляторного, дыхательного или смешанного характера, при выборе метода обезболивания предпочтение отдается ИВЛ. Операции непродолжительные и нетравматичные, для подготовки больного к наркозу имеется немного времени, обычно 15-20 минут. При выборе анестетика необходимо учитывать его влияние на гемодинамику, воздержаться от кардиодепрессорных (фторотан, барбитураты), вазодилиатирующих (пропофол, дроперидол) препаратов. Кетамин активизирует сердечные б-адренорецепторы, увеличивает ЧСС, сердечный выброс, концентрацию норадреналина в крови, повышает АД на 20-30 мм/рт/ст. Недостаток препарата - невысокая анальгезия, однако учитывая небольшую продолжительность и травматичность операций, повышенную чувствительность больных в состоянии шока к анестетикам, кетамина обычно достаточно для обезболивания, кроме того, при необходимости можно усилить анальгезию, например, фентанилом. Учитывая гемодинамический эффект, кетамин в целом соответствует необходимым требованиям.

**Цель исследования.** Изучить применение кетамина при обезболивании операций по поводу внематочной беременности, осложненной геморрагическим шоком 3 степени, состоянии гемодинамики и показатели красной крови в зависимости от объема и качества инфузии, в том числе на догоспитальном этапе, тактику ведения.

**Материалы и методы.** Больные, оперированные по поводу внематочной беременности, осложненной геморрагическим шоком 3 ст, в БСМП г. Павлодара в

2010-11 гг. -10 пациентов. Все поступили в экстренном порядке через 10-12 часов после начала заболевания. Возраст 22-38 лет, вес 60-75 кг, без значительной экстрагенитальной патологии. Проводился мониторинг АД, ЧСС, объема кровопотери, инфузии, стадии наркоза в стандартном порядке.

**Результаты и их обсуждение.** У всех больных на догоспитальном этапе бригадой скорой помощи (СП) отмечена гипотония в пределах АД 60/40, ЧСС 120. СП проводилась инфузионная терапия в объеме 200,0-1000,0. Больные, получившие максимальный объем инфузии на догоспитальном этапе, имели удовлетворительные показатели гемодинамики при поступлении и стационар, в пределах АД 100/60, ЧСС 110 - эффект, вероятно, временный, связан так же с применением гормонов, вазопрессоров, минимальный - гипотония, тахикардия сохранялась на исходном уровне. Состояние тяжелое, кожные покровы бледные, умеренное тахипноэ, заторможены. После проведения диагностических манипуляций больные поднимались в операционную, инфузионная подготовка проводилась по ходу подготовки к операции в объеме 500,0-600,0 коллоидов и кристаллоидов, в 2 случаях в 2 вены. Анестезиологический риск по Дарбиняну - ЗБС. Премедикация с включением атропина, димедрола в обычных дозах выполнялась в операционной. Проводился эндотрахеальный наркоз с применением миорелаксантов-листенон 150-200мг для интубации трахеи, ардуан 1-2 мг для прекураризации, 2-3мг для релаксации. Кетамин применялся для индукции 2 - 2,5мг/кг(150мг), а дважды, при удовлетворительной гемодинамике, в комбинации с диазепамом (5-10мг), на операцию 100-150мг, дробно, по 50мг, этого было достаточно для достижения 1 уровня хирургической стадии наркоза. Снижения АД от исходного уровня не отмечено. Гемоперитонеум 2-2,5л (30-35мл/кг). Объем инфузии в операционной составлял 1,5-2,5л с включением 400,0-500,0 коллоидов. Реинфузия аутокрови не проводилась, так как кровь находилась в брюшной полости более 8 часов и содержала много сгустков, признаки гемолиза. Продолжительность операции составила 50 мин.-1час 15мин. По окончании операции пациенты переводились в ПИТ, где продолжалась ИВЛ 40-60мин, инфузионная терапия, переливалась эритроцитарная масса (300,0-500,0), СЗП (300,0)

для восстановления транспортно-газовой функции крови. Общий объем инфузии составлял 4-5,5л. По мере проведения инфузии гемодинамика стабилизировалась, повышалось АД, уменьшалась тахикардия, к моменту перевода из ПИТ, где больные находились 8-16 часов, достигала удовлетворительных показателей (АД 120/60, ЧСС 100 в 1 мин.) Исходный уровень Нб 80-84г/л при Нт 25 повышался до Нб 90-94г/л, Нт 30-33. В дальнейшем все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

#### Выводы.

1. Кетамин - достаточно эффективный и безопасный препарат для обезболивания операций по поводу внематочной беременности, осложненной геморрагическим шоком 3ст.

2. Значительный объем инфузии (1000,0) на догоспитальном этапе способен улучшить показатели гемодинамики до удовлетворительного уровня, однако гемодинамику следует считать нестабильной, так как этого объема недостаточно для выведения больного из шока.

3. Для выведения из геморрагического шока 3 ст. вышеуказанных пациентов достаточно объем кровопотери превысить в 2 раза, инфузия 4 - 5,5л (30-40% кровь, 30% коллоиды, 30% кристаллоиды) достаточна для достижения приемлемых показателей гемодинамики и красной крови.

4. В ближайшем послеоперационном периоде такие пациенты нуждаются в нахождении в ПИТ, продленной ИВЛ.

#### Литература:

1. Полушин Ю.С. Анестезиология и реаниматология С.П.: ЭЛБИ-СП 2004г. С. 380-382, 460-463.
2. Мустафин А.Х. Классификация кровопотери. Лекция 27/02/2001 ФУВ г. Павлодар
3. Кальви Т.Н., Уильямс Н.Е. Фармакология для анестезиологов М.: БИНОМ 2007. С. 86-87.
4. Малышева В.Д. Свиридова С.В. «Анестезиология и реаниматология». М. Медицина 2003г. С.128-129.
5. Бунятян А.А. «Справочник по анестезиологии и реаниматологии», - М. Медицина 1982г.С.328-330.

УДК 616.366-002-616.36-008.5-053.9

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Н.М. Жумажанов

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана

#### Тұжырым

### ҚАРТ НАУҚАСТАРДАҒЫ МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮ ЖӘНЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗБЕН АСҚЫНҒАН ЖЕДЕЛ КАЛЬКУЛЕЗДІ ХОЛЕЦИСТИТТІ ЕМДЕУДІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ТАКТИКАСЫ

Н.М. Жумажанов

*От шығару тәсілін таңдау кезінде өт жолдарының бітелу деңгейін, патологиялық процесстің жайылу шегін және науқастың жалпы жағдайын ескеру керек. Билиарль-панкреатикалық-дуоденальды аймақтың ауруларын асқындыратын механикалық сарғаяу синдромын екі кезеңді емдеу тәсілі (бірінші кезең – өт жолдарының декомпрессиясы, екінші кезең – радикальды хирургиялық ем жасау) операциядан кейінгі асқынудар санын 14% - ке дейін төмендетуге және операциядан кейінгі кезеңдегі летальдық көрсеткішті біршама түсіруге мүмкіндік тудырды.*

#### Summary

### SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS AND MECHANICAL JAUNDICE OF PATIENTS OF ELDERLY AGE

N.M. Zhumazhanov

*At the choice of methods of bile-excreting it is necessary to consider a level of obturation of bile-excreting ducts, distribution of the pathological process and condition of patient. Two-stage method of the treatment of syndrome of obstructive jaundice complicating a process of diseases of bilio-pancreato-duodenal zone (the first stage - decompression of the bile-excreting ducts, the second stage - performance of radical traditional surgical interventions), has allowed to reduce the quantity of postoperative complications by 14%, and considerably decrease the lethality.*

Проблема лечения острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой у больных пожилого возраста остается одной из трудных задач экстренной хирургии. Несмотря на обширный арсенал современных методов исследования, дифференциальная диагностика механической желтухи представляет определенные трудности, а позднее выявление истинной причины желтухи приводит к задержке своевременного выполнения оперативного лечения. Определенные достижения в тактике лечения данной категории больных связаны с внедрением в клиническую практику современных (лапароскопических, эндоскопических, ультразвуковых, рентгенотелевизионных) миниинвазивных технологий [1,2,3,4].

Широкое внедрение нами в последние годы в клиническую практику новых тактических и технологических

методов лечения больных механической желтухой посредством применения щадящих методов декомпрессии желчевыводящих путей и способов санации протоков позволило существенно улучшить результаты лечения.

**Материалы и методы:** Проведен анализ двухэтапного подхода диагностики и лечения 47 пациентов пожилого возраста с механической желтухой, поступивших в ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана в 2010–2011 г. Больные были в возрасте от 60 до 89 лет, среди них 34 женщины и 13 мужчин.

При традиционной тактике лечения острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой при нарастании желтухи, несмотря на консервативное лечение, хирурги вынуждены проводить экстренное оперативное вмешательство на фоне сопутствующих заболеваний и тяжелого состояния

больных. Традиционное оперативное лечение больных с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом, печеночной недостаточностью, тромбозом портальной вены, синдромом и т.п., является весьма рискованным и сопровождается высокой летальностью. Послеоперационная летальность пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой составляет 10,4–25,2% [3, 4]. Высокая летальность после традиционных операций, проведенных на фоне длительной механической желтухи, требовала разделить лечебный процесс у этой тяжелой категории больных на два основных этапа: на первом этапе декомпрессию желчевыводящих путей с применением наружной холецистостомии, лапароскопической холецистостомии, чрескожной, чрескожной чреспеченочной холецистостомии. На втором этапе проводили радикальную операцию - традиционные холецистэктомии с выполнением интраоперационной холелитотомии, дренирования общего желчного протока и т.д. При новой двухэтапной тактике лечения острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой, проводили декомпрессию желчевыводящих путей с применением современных миниинвазивных технологий, как первый этап лечения. После постепенного устранения желчной гипертензии, устранения эндогенной интоксикации, улучшения функционального состояния печени переходили к окончательному второму этапу оперативного лечения. Такой двухэтапный подход к лечению данной категории тяжелых больных находит в последние годы все большее применение в клинической практике [1, 3, 4].

Показания к применению того или иного метода декомпрессии желчевыводящих путей с применением современных миниинвазивных технологий (эндоскопических, лапароскопических операций, операций из минидоступа, операций под контролем УЗИ, ЭРХПГ, ПСТ) устанавливали индивидуально в зависимости от клинической ситуации, характера, уровня и протяженности препятствия оттоку желчи, возможностей стационара, квалификации специалистов. Наиболее целесообразным считаем применение эндоскопических методов желчеотведения при холангиолитиазе (особенно холедохолитиазе), поражениях терминального отдела общего желчного протока (стриктуры, стеноз БСДК, папиллит и др.). При выборе метода желчеотведения учитывали уровень обтурации желчевыводящих путей, распространение патологического процесса и состояние пациента.

**Результаты:** Высокая диагностическая эффективность ЭРХПГ у 47 пациентов сочетали с одновременными лечебными процедурами (папиллосфинктеротомия, литэкстракция и литотрипсия, назобилиарное дренирование, санация желчных протоков и др.). У двух пациентов папиллосфинктеротомия осложнилась кровотечением в двенадцатиперстную кишку, при повторном эндоскопическом осмотре удалось остановить кровотечение путем электрокоагуляции.

Лечебная тактика при холедохолитиазе в настоящее время стала более активной в связи с разработкой различных методов литэкстракции и литотрипсии. Литэкстракция показана пациентам с отягощенным анамнезом, когда нежелательно проведение повторных рентгеноконтрастных исследований, при опасности вклинения конкрементов в терминальном отделе общего желчного протока, при множественных мелких конкрементах. Процедура противопоказана тогда, когда диаметр конкремента превышает диаметр общего желчного протока и размеры папиллотомического отверстия. Потребность в литэкстракции возникла у 24,37% пациентов. Назобилиарное дренирование тонким катетером, как правило, становилось завершающим этапом эндоскопических вмеша-

тельств. Широкие возможности назобилиарного дренирования позволили повысить эффективность эндоскопических методов лечения и уменьшить число возможных осложнений. Назобилиарное дренирование у 6 (12,76%) больных с гнойным холангитом имело большое значение для определения дальнейшей тактики лечения, аспирации желчи для биохимического, цитологического и бактериологического исследования, временного дренирования желчных протоков. Эндоскопическое ретроградное дренирование значительно облегчало подготовку пациентов, не ухудшая их состояния, к последующим операциям на желчевыводящих путях. Лечение 5 (10,64%) больных было ограничено эндоскопическими оперативными вмешательствами I этапа ЭРХПГ, ПСТ.

Из 47 пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, после I этапа – декомпрессии билиарной системы впоследствии оперировано 42 (89,36%) больных. Операции II этапа выполняли после купирования явлений печеночной недостаточности и нормализации уровня билирубина в крови (в среднем 5,5 суток). Лапароскопические холецистэктомии произведены 36 пациентам после выполнения ПСТ, холелитозэкстракции.

После выявления конкрементов на УЗИ после I этапа – декомпрессии билиарной системы 6 больным произведены традиционные холецистэктомии с выполнением интраоперационной холедохоскопии, холелитотомии, дренирования общего желчного протока у 4 пациентов, с наложением холедоходуоденоанастомоза у 2 пациентов.

Необходимо отметить, что желтуха у этих пациентов быстро поддавалась купированию в результате оперативных пособий I этапа, а послеоперационные осложнения наблюдались в 14% случаях (острый панкреатит, холангит, нагноение послеоперационных ран, пневмония), летальных исходов не было.

**Заключение:** При выборе метода желчеотведения необходимо учитывать уровень обтурации желчевыводящих путей (проксимальный или дистальный), распространение патологического процесса на окружающие органы и ткани и состояние пациента (планируется ли после дренирования желчевыводящих протоков и декомпрессии, выполнение радикального хирургического вмешательства), прогнозируемое время жизни после миниинвазивного вмешательства, если радикальная операция не показана, вероятность возможных осложнений, материально-техническое обеспечение и уровень подготовленности хирурга к тому или иному виду операции.

Двухэтапный метод лечения синдрома механической желтухи, осложняющей течение заболеваний билиарно-панкреатодуоденальной зоны (первый этап – декомпрессия желчных протоков, второй этап – выполнение радикальных традиционных хирургических вмешательств), позволил уменьшить количество послеоперационных осложнений до 14% и значительно снизить летальность.

#### **Литература:**

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – М.: Видар, 2006. – 559 с.
2. Кузнецов Н.А., Байбакова Е.К., Иванко Ж.Ф., Назаренко В.А., Кузнецов А.Н. Диагностика и тактика лечения различных форм острого холецистита. // Клинический вестник. - 1997. - №3. - С. 10 - 11.
3. Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе // Рос. журн. гепатол., колопроктол. – 1999. – С. 18–24.
4. Шкроб О.С., Кузин Н.М., Дадвани С.А. и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи // Хирургия. – 1998. – № 9.

УДК 616.381-616.717/718-001

## ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

А.А. Дюсембаев

Государственный медицинский университет города Семей  
Кафедра детской хирургии

Тұжырым

## БАЛАЛАРДАҒЫ ҚҰРСАҚ ҚҰЫСЫ МЕН АЯҚ-ҚОЛ СҮЙЕКТЕРІНІҢ ҚАТАРЛАС ЖАРАҚАТТАРЫН ЕМДЕУ

А.А. Дюсембаев

Құрсақ қуысы мен қол-аяқ сүйектері қатар жарақаттанғанда ішкі ағзалардың жарақатын, құрсақ қуысына қан құйылуын анықтау үшін кеуде-құрсақ қуысының рентгенограммасы, УЗИ, лапароскопия жасалуы тиіс. Ауыр жарақат алған шокпен түскен қол-аяқ сүйектері сынған ауруларға иммобилизацияның жеңіл (гипстен лонгета, қаңқа сүйектен тарту) әдістерін қолданғаны жөн.

Summary

## TREATMENT OF COMBINED INJURIES OF ABDOMINAL ORGANS AND BONES AT CHILDREN

A.A. Dussembaev

The results of the diagnosis and treatment of children with combined injuries of abdominal organs and bones. For timely diagnosis of damage of internal organs and abdominal bleeding at suspected should be X-ray, abdominal ultrasound, and laparoscopy. In a state of traumatic shock, an extremely difficult position to apply the least traumatic methods of immobilization (plaster splint, skeletal traction).

В настоящее время наблюдается тенденция роста частоты множественных и сочетанных травм (3,5,6). Несмотря на достигнутые успехи в лечении переломов длинных костей, выбор рациональной тактики лечения переломов при множественных и сочетанных травмах представляет определенные трудности (1,4,5). В настоящем сообщении представлены результаты лечения

сочетанной травмы органов брюшной полости и конечностей у детей находившихся в клинике ГМУ г.Семей.

**Материалы и методы.** В клинике детской хирургии ГМУ г.Семей с 2003 по 2011 годы находились на лечении 57 детей в возрасте от 4 до 15 лет. Мальчиков было 35 (61,4%), девочек – 22 (38,6). Больные были распределены по возрасту и характеру повреждений (таблица 1).

Таблица 1.

Возраст	Повреждения внутренних органов				Повреждения			
	печень	селезенка	почки	ЖКТ	плечевая	бедренная	предплечья	голени
4-7	2	4	1	-	7	2	4	2
8-11	4	5	1	3	4	5	3	5
9-14	3	5	2	2	6	4	8	2
	9 (45,8%)	14 (24,7%)	4 (6,9%)	5 (8,7%)	17 (29,8%)	11 (19,2%)	15 (26,3%)	12 (21,1%)

В структуре травматизма преобладали дорожно-транспортные происшествия. Сочетанные и множественные повреждения диагностированы у 44(77,2%), изолированные переломы - 12(21,3%). Среди повреждений опорно-двигательного аппарата переломы нижних конечностей составили 27(47,1%), верхних конечностей 24(42,9%) и сочетание повреждений верхних и нижних - 6(10,1%). Открытые повреждения выявлены у 5(8,7%). Наиболее часто переломы бедренной кости сочетались с ЧМТ.

В структуре абдоминальных повреждений преобладали травмы паренхиматозных органов и разрыв кишечника. Чрескапсульные разрывы печени и селезенки сопровождалась внутрибрюшным кровотечением. Среди органов забрюшинного пространства в основном наблюдались повреждения почек в виде ушиба или чрескапсульного разрыва.

**Результаты и обсуждения.** При поступлении больных с сочетанной абдоминальной травмой после первичного осмотра проводили общеклинические обследования: рентгенографию брюшной полости, УЗИ, при необходимости экскреторную урографию, лапароцентез или лапароскопию на фоне протившоковой терапии. Диагностика внутрибрюшного кровотечения основывалась на таких клинических проявлениях как наличие симптома Щеткина-Блюмберга, притупления перкуторного звука в отлогих местах и данных УЗИ и рентгенографии брюшной полости.

При подозрении на наличие внутрибрюшного кровотечения наблюдали за динамикой клинической картины, производили лапароскопию или лапароцентез. При подтверждении наличия внутрибрюшного кровотечения, повреждения паренхиматозных или полых органов, перед экстренным оперативным вмешательством, проводили временную иммобилизацию конечности гипсовой лонгетой.

Лапароскопия произведена 17 (29,8%) пострадавшим, которая позволила уточнить характер повреждений. Лапароскопическая аспирация крови из брюшной полости, дренирование полости малого таза и установление катетера для контрольного диагностического исследования проведена у 13 больным.

Экстренная лапаротомия проведена 19 пострадавшим при наличии продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, обусловленного повреждением селезенки, печени и разрывами брыжейки кишечника.

Больным при сочетании абдоминальной травмы с переломами костей предплечья (15), плечевой кости (17) до экстренной операции производили одномоментную ручную репозицию и чрескостную фиксацию спицами Киришнера. При переломах костей нижних конечностей до стабилизации общего состояния накладывали скелетное вытяжение. В последующем через 10-12 дней при нестабильных переломах бедренной кости (7) больным был произведен интрамедуллярный остеосинтез, при переломах костей голени (9) - чрескостный остеосинтез.



Отдаленные результаты лечения повреждений опорно-двигательного аппарата изучены у 38(66,7%). Результаты оценивались по трехбалльной системе: хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный. Хорошие результаты составили 46,3%, удовлетворительные – 50,8%, неудовлетворительные - 3,9%. У больных с неудовлетворительными результатами были выявлены укорочение конечности (1), контрактура коленном и тазобедренном суставах (2) и искривление оси конечности (1).

#### Заключение.

При сочетанных повреждениях с целью своевременной диагностики повреждений органов брюшной полости и внутрибрюшного кровотечения следует проводить УЗИ и обзорную рентгенографию брюшной полости, в сомнительных случаях – лапароскопию.

При сочетании абдоминальных повреждениях с переломами нижних конечностей до вывода пострадавшего из тяжелого состояния следует использовать щадящие методы иммобилизации (гипсовая лонгета, скелетное

вытяжение). При нестабильных переломах после стабилизации общего состояния – оперативное лечение.

#### Литература:

1. Баиров Г.А. Травматология детского возраста. - М., 2000 г.
2. Бондаренко А.В., Пелеганчук В.А., Герасимова О.А. //Вестник травматологии и ортопедии.-2004.-№3.-С.49-52.
3. Кузнечихин Е.П., Немсадзе В.П. Множественная и сочетанная травма опорно-двигательной системы у детей.-М., 1999.
4. Siguier F., Longlais J., Rouean P. // Rev Chir.Orthop.-1995.-Vol.91, №2.-P.157-162.
5. Яхьяев Я.М., Меркулов В.Н., Гаджимирзаев Г.А., Аскеров А.А. Множественные переломы костей нижних конечностей у детей //Вестник травматологии и ортопедии.-2005.-№2.С.56-60.
6. Сысенко Ю.М., Новичков С.И. // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей: Тезисы докладов. - М., 2003.-С.309-310.

УДК 614.2+616-089

## АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

С.Б. Алимханов, М.М. Гладинец, Д.К. Алдынгуров

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г Семей  
Государственный медицинский университет города Семей

#### Тұжырым

#### ХИРУРГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІ САРАПТАУ

С.Б. Алимханов, М.М. Гладинец, Д.К. Алдынгуров

Ұсынылған сараптама хирургиялық қызметтің жалпы көрінісі, яғни хирургиялық патологиялық кездесу жиілігі, нозологиялық түрлер құрылымы, операциялық белсенділігі, шұғыл хирургиялық жағдай кезіндегі өлім көрсеткіштері туралы жалпы түсінік береді. Соңғы уақытта жедел холецистит, жедел аппендициттің кең тарағаны тіркелген. Жедел панкреатит және кеуде клеткасы мен құрсақ қуысының жарақаты жиі кездеседі. Соңғы кезеңде хирургиялық емханалық жұмыс жақсарса да, шұғыл хирургиялық патология кезінде жасалатын операциялар көрсеткіштері жоғары. Әртүрлі патологиялар кезіндегі өлім көрсеткіші орта дәрежеде, республикалық және облыстық көрсеткіштерден жоғары емес.

#### Summary

#### THE ANALYSIS OF ACTIVITY OF SURGICAL SERVICE

S.B. Alimhanov, M.M. Gladinets, D.K. Aldyngurov

Presented analysis of activity of surgical service gives overall picture of prevalence of surgical pathology, structure of aetiological forms, operative activity, mortality emergency surgical conditions. It is necessary to notice, that last years more often have received a acute cholecystitis, on the second place a acute appendicitis. It is available growth of a acute pancreatitis, there are traumas of abdomen and chest cavity and more and more. Though last years the polyclinic surgical service improves, operative activity at emergency surgical pathologies remains high. The percent of the general mortality at those or other pathologies is on an average level, does not exceed regional and republican indicators.

При рассмотрении принципов построения и организации хирургической помощи необходимо остановиться на целом ряде вопросов, которые определяют её качество. Основные из них являются: организация сети хирургических учреждений, хирургических коек, принципы развертывания хирургических отделений, кадры хирургов, их подготовка и усовершенствование, экстренная и неотложная хирургическая и травматологическая помощь, общехирургическая помощь, специализированная хирургическая помощь, организация службы переливания крови.

Хирургическая помощь в значительной своей части является экстренной, неотложной. Эта служба предназначена главным образом, для лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями и травмой, количество их обычно не нормируется. В зависимости от

целого ряда условий в больнице бывает разное соотношение терапевтических и хирургических больных.

Повышение качества оказания медицинской помощи населению на различных её этапах применительно к хирургии требует решения ряда организационных проблем. К сожалению, в течение последних 2-х десятилетий амбулаторная хирургия как таковая перестала оправдывать своё назначение. Это было вызвано выделением специализированных служб, уменьшением мощности амбулаторных хирургических отделений, вплоть до полной их ликвидации в некоторых учреждениях с оставлением, так называемых, хирургических кабинетов. Отсутствие элементарных диагностических и лечебных возможностей повлекло за собой резкое снижение хирур-

гической активности, снижение квалификации врачей и падение престижа амбулаторной хирургии.

Естественно, что всё это изменило и контингент больных в хирургических стационарах. В частности, в отделениях чистой хирургии в настоящее время находится от 20 до 40%, а в отделениях «гнилой» хирургии - до 60-70% больных, которые могли бы лечиться амбулаторно. Это, безусловно, влияет на деятельность стационарных хирургов, а интенсификация хирургической деятельности становится практически невозможной.

С 1 января 2010 года в Республике Казахстан вся система здравоохранения работает по постановлению Правительства РК №1174 от 04 августа 2009 года «Единая национальная система здравоохранения Республики Казахстан». Цель данного постановления является формирование конкурентной среды между больницами, клиниками оказания медицинских услуг, свободный выбор пациентом врача и медицинской организации, прозрачность оказываемых медицинских услуг, ориентация на конечный результат.

Плановая и неотложная хирургическая стационарная помощь БСМП развернута на 60 коек общехирургического профиля с 23- ежемесячно ургентными дежурствами. Штат для обслуживания экстренных больных укомплектован на 100%. В хирургическом отделении БСМП работает 15 врачей хирургов, защитившие

сертификат специалиста по хирургии первая и высшая квалификационные категории.

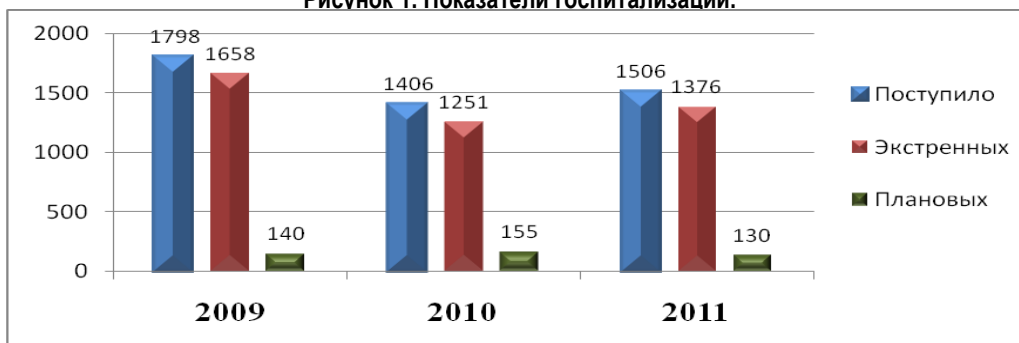
Обеспеченность хирургическими койками на 100 тыс населения составила – 14. Количество хирургических коек составляет 70% от общего коечного фонда хирургического профиля города, так как 7- ургентных дежурств несет хирургическое отделение МЦ ГМУ г. Семей.

**Цель исследования:** анализ деятельности экстренной и плановой хирургической помощи населению Семейского региона Восточно-Казахстанской области за 2009 – 2011 годы, изучение эпидемиологических и структурных показателей госпитальной службы по данным БСМП города Семей.

**Материалы и методы:** Это вариант обсервационного поперечного исследования, в котором представлен анализ деятельности хирургической службы БСМП города Семей за период с 2009 по 2011 годы. Нагрузка данного стационара составляет 23- ургентных дня в месяц.

**Результаты исследования:** Изучение общей характеристики хирургической помощи выявило, что за период с 2009 по 2011 годы в регионе специализированную стационарную помощь получили 4710 пациентов, из них 4285 больных с экстренной и 425 с плановой патологией, что составляет 90,97 % от всех госпитализированных хирургических больных.

Рисунок 1. Показатели госпитализации.

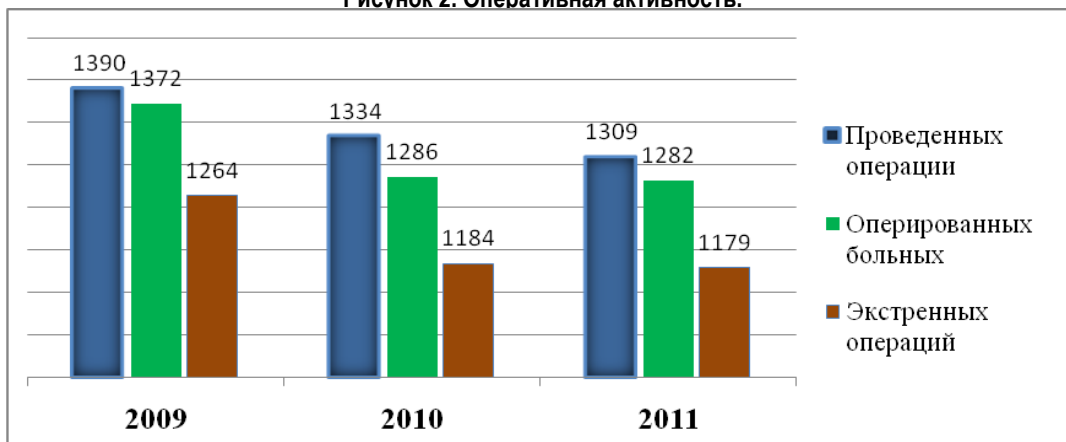


Следует отметить, что динамического роста или снижения не выявлено и средняя госпитализация больных с хирургической патологией составила 1570 пациентов в год, из которых 1428 экстренных и 141 плановых.

Хирургическая деятельность стационара оценивается по показателям оперативной активности, числу

оперативных вмешательств, результатам лечения и летальности по всем видам патологии. Анализируя данные БСМП по городу Семей, мы получили число оперированных больных, число проведенных операций, плановых и экстренных операций, число послеоперационных осложнений.

Рисунок 2. Оперативная активность.



Как видно из «Рис.2» количество проведенных операций несколько снизилось за последние годы с 1390 до 1309 случаев, но соотношение экстренных операций за 2010 и 2011 находится примерно на одном уровне и значительно меньше по сравнению с 2009 годом. Таким обра-

зом, общее количество больных по стационару значительно не изменилось, но оперативная активность несколько уменьшилась в последние два года. Возможно это связано с внедрением с января 2010 года «Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан».

Рассматривая показатели работы экстренной хирургии при основных острых хирургических нозологиях за 2009 - 2011 годы, мы получили распространенность

экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости и травм.

**Рисунок 3. Нозологическая структура.**



Как следует из «Рис.3» среди всех острых хирургических заболеваний в последние годы наибольшую распространенность получили «Острый холецистит» - 32 %, «Острый аппендицит» - 27 %, что составляет 59 % всех острых хирургических патологий. Далее расположились «Острый панкреатит» - 14 %, кровотечение ДПК и желудка – 9 %, по 6 % «Ущемленная грыжа» и «Травма Органов брюшной полости и грудной клетки», и наименьшее распространение получили «Острая кишечная непроходимость» и «Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки».

Среди всех пациентов с патологией органов брюшной полости за 2009 – 2011 годы прооперировано 425 пациентов с плановым оперативным вмешательством, при этом летальных случаев не было. Что касается экстренной госпитализации, то на 4285-пациентов проведено 4033 - оперативных вмешательства, что составляет 94,11 %.

Количество умерших больных, поступивших по экстренным показаниям, составило -354 случая, процент экстренной летальности в среднем за 3 года колеблется в пределах 8,26 ± 0,4.

Таким образом, мы отразили общую картину деятельности хирургической службы БСМП города Семей за период с 2009 по 2011 годы, где раскрыты основные показатели хирургической деятельности.

Состояние неотложной хирургической помощи является зеркалом всей хирургической службы города. Как известно, на исход хирургических заболеваний органов брюшной полости существенно влияют срок обращения больных за хирургической помощью, своевременность доставки их в стационар, объем и качество оказания хирургической помощи. Минимально затраченное время для оказания необходимой помощи при необходимости подключить смежных специалистов, консультантов.

Как показывает многолетний опыт при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, результаты оперативного лечения у больных, обратившихся за помощью в первые 6-часов и после 12-часов существенной разницы не отмечалось в показателях послеоперационных осложнений и летальности.

**Выводы:** Представленный анализ деятельности хирургической службы дает общую картину распространенности хирургической патологии, структуру нозологических форм, оперативную активность, летальность при экстренных хирургических состояниях. Следует отметить, что в последние годы большее распространение получили острый холецистит, на втором месте острый аппендицит. На лицо рост острого панкреатита, все больше встречаются травмы органов брюшной полости и грудной клетки. Хотя в последние годы улучшается поликлиническая хирургическая служба, оперативная активность при экстренных хирургических патологиях остается высокой. Процент общей летальности при тех или иных патологиях находится на среднем уровне, не превышает областные и республиканские показатели.

**Литература:**

1. Артюхов А.С. Пути реструктуризации стационарной помощи в период реформирования здравоохранения /А.С.Артюхов // Российский медицинский журнал. 1999. - № 3. - С.7-10.
2. Абакумов М.М. Оказание хирургической помощи при массовом поступлении пострадавших в стационары мегаполиса //Хирургия. Журнал им Н.И.Пирогова.- 2005.- №8.- С. 88-90
3. Сопуев А. А. Неотложная хирургическая помощь при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Кыргызской республике. - Бишкек, 2003. - 216 С.
4. Акопян А.С. Механизм реструктуризации стационарных учреждений здравоохранения в рамках действующего законодательства / А.С.Акопян // Экономика здравоохранения. 1997. - № 7.- С. 51-53.
5. Бабенко А.И. Основные этапы стратегического планирования в управлении областной клинической больницы / А.И.Бабенко, А.Л.Томчук // Здравоохранение Сибири : вестник межрегиональной ассоциации. 1998. -№4. - С. 62-65.
6. Блохин А.Б. Управление здравоохранением на современном этапе / А.Б.Блохин // Лекции по организации и экономике здравоохранения. - Екатеринбург, 2003. С. 7-24.
7. Савельев В.С. с соавт., Клиническая хирургия. Национальное руководство + СД, в 3-х томах. - ГЭОТАР – мед. 2008, 2010 г.

УДК 616.381-002.3-099-071-08

## РОЛЬ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

О.Г. Таштемирова, С.М. Тергеусизов, Ш. А.Тергеусизова, К.К. Таштемиров,  
Р.Л. Жалтыров, Г.А. Жакупова

Павлодарский филиал ГМУ г. Семей, областная больница им. Г. Султанова г. Павлодар, РК

Тұжырым

### АСҚАЗАН-ІШЕК ЖОЛЫНДАҒЫ ЖАҢАДАН ПАЙДА БОЛҒАН ҚАТЕРЛІ ТҮРЛЕРІНІҢ ДИАГНОСТИКАДАҒЫ СКРИНИНГТІК ЗЕРТТЕУ РОЛІ

О.Г. Таштемирова, С.М. Тергеусизов, Ш. А. Тергеусизова, К.К. Таштемиров, Р.Л. Жалтыров, Г.А. Жакупова

Асқазан-ішек жолындағы эндоскопиялық комплекс жолымен анықталған онкологиялық патологиядағы скринингтік өткізу диагностикасы кезінде асқазан аурулары 58,9% оқиғалары, өңеш аурулары 14% оқиғалары, жуан ішектің аурулары 16,8% оқиғаларында анықталған.

Summary

### ROLE OF SKRININGOVY RESEARCH IN DIAGNOSTICS OF MALIGNANT NEW GROWTHS OF A GASTROENTERIC PATH O.G. Tashtemirova, S.M. Tergeusizov, Sh.A. Tergeusizova, K.K. Tashtemirov, R.L. Zhaltyrov, G.A. Zhakupova

At provedeniiskriningovy diagnostics of oncological pathology of a gastroenteric path by the complex endoskopichesky it is established that a stomach веруцицировался 58,9 to % of cases, a cancer of a gullet in 14 % of cases, a thick gut it is diagnosed в 16,8 by % of cases.

Несмотря на все достижения современной медицины, внедрение новых методов диагностики и лечения, заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний во всем мире продолжает неуклонно расти. Хорошо известно, что рак является второй ведущей причиной смерти после болезней сердечно-сосудистой системы.

Если суммировать частоту рака всех органов желудочно-кишечного тракта, то он уверенно займет первое место (более 50%), обойдя рак легких, молочной железы и предстательной железы [1]. При этом рост заболеваемости и смертности прослеживается для рака практически всех органов пищеварения [2].

Многочисленными исследованиями доказано, что прогноз заболевания в значительной степени зависит от своевременности постановки диагноза опухоли, что придает огромное значение ранней диагностике. К сожалению, у 60–80% больных с впервые установленным диагнозом рака определяются III–IV стадии заболевания [2]. Возможными причинами столь поздней диагностики являются поздняя обращаемость пациентов, стертая клиническая картина, а также недостаточная онкологическая настороженность врачей первичного звена здравоохранения.

В последнее время во всех высокоразвитых странах отмечается быстрый рост заболеваемости раком ободочной кишки [3]. Около 85% случаев колоректального рака (КРР) приходится на возраст старше 55 лет. КРР крайне редко встречается у лиц до 30 лет, заболеваемость резко возрастает с увеличением возраста, достигая максимума после 70 лет. Заболеваемость раком ободочной и прямой кишки в промышленно развитых странах по сравнению с развивающимися значительно выше. Его своевременная диагностика обычно возможна на доклинической стадии, что требует проведения специальных лабораторно-инструментальных скрининговых исследований. В настоящее время в США и развитых странах Западной Европы внедряются скрининговые программы, основанные на определении скрытой крови в кале, однако они недостаточно специфичны, а количество ложноотрицательных результатов очень велико и составляет от 30 до 70% [4]. Для скрининговой диагностики рака прямой кишки и сегодня не потеряла свою актуальность пальцевое исследование. Однако, несмотря на легкую доступность метода, до сих пор подавляющее большинство опухолей выявляется на инкурабельных стадиях [5].

Эндоскопическое исследование по-прежнему остается «золотым стандартом» диагностики. Анализ литературных данных свидетельствует о несомненной эффективности комплексного эндоскопического исследования, которое является одним из ведущих диагностических методов на завершающем этапе обследования пациентов для выявления онкологической патологии [6]. Высокая информативность, простота и относительная безопасность эндоскопических методов позволяют использовать их как в стационарных, так и амбулаторных условиях для решения многих вопросов диагностики раковых заболеваний, а также для наблюдения лиц, относящихся к группам повышенного онкологического риска [7].

**Цель исследования.** Анализ скрининговой диагностики онкологической патологии желудочно-кишечного тракта путём комплексного эндоскопического исследования.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для анализа послужили результаты эндоскопических исследований, проведенных в областной больнице им. Г. Султанова за период с 2008 года по 2011 год. Диагноз верифицировался на основании морфологических исследований и эндоскопической картины органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Применялись такие методы исследования как фиброэзофагастро-дуоденоскопия (ФЭГДС), фиброколоноскопия (ФКС), ректороманоскопия (RRS), фибробронхоскопия (ФБС). Полученные данные подвергались статистической обработке.

**Результаты исследования.** За период с 2008 года по 2011 год в областной больнице им. Г. Султанова проведено 15067 эндоскопических исследований, взято 2699 (17,91%) биопсий, из них выявлено 107 (3,96%) случаев с онкопатологией, подтвержденных морфологическим исследованием. Наибольшее количество исследований приходится на ФЭГДС 89,89% (13543 пациента), наименьшее количество ФБС – 2,26% (340 пациентов). Данные представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, наибольшая выявляемость онкологических заболеваний, подтвержденных морфологическим исследованием, отмечается при ФБС, так из 14 биопсий в 78,57% (11 случаев) выявлена онкопатология. Далее следует исследование прямой кишки RRS из семи случаев три (42,86%) положительные. При этом количество проведенных ФБС за четыре года составило 2,26% (340 пациентов), а RRS – 3,96% (596 пациентов) от общего числа эндоскопических исследований.

Таблица 1. Выявляемость онкопатологии при эндоскопическом исследовании за период с 2008 по 2011 годы

№	Вид исследования	Количество исследований		Количество биопсий		Выявлено онкопатологии	
		абс	%	абс	%	абс	%
1	ФЭГДС	13543	89,89	2373	17,52	78	3,29
2	ФКС	588	3,90	305	51,87	15	4,92
3	RRS	596	3,96	7	1,17	3	42,86
4	ФБС	340	2,26	14	4,12	11	78,57
Итого:		15067		2699	17,91	107	3,96

Пациенты прошедшие ФЭГДС составляют 89,89% (13543 человека) из них у 17,52% (2373 человек) взята биопсия результаты которой у 78 (3,29%) человек выявили онкологические заболевания. ФКС проведена 588 (3,90%) пациентам из них 51,87% (305 человек) взята биопсия и только у 15 (4,92%) человек, обнаружена онкопатология.

При морфологическом исследовании биоптатов, взятых при эндоскопии, наиболее часто выявлялся рак желудка.

Результаты морфологического исследования приведены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты морфологического исследования биоптатов за период с 2008 по 2011 годы

№	Нозология	Мужчин		Женщин		Всего	
		абс	%	абс	%	абс	%
1	Рак пищевода	9	8,4%	6	5,6%	15	14
2	Рак желудка	42	39,3%	21	19,6%	63	58,9
3	Рак толстого кишечника	9	8,4%	9	8,4%	18	16,8
4	Другие	10	9,3%	1	0,9%	11	10,3
Итого:		70	65,4	37	34,6	107	

Из данных таблицы 2 видно, что у 107 пациентов выявлены онкологические заболевания из них 65,4% (70 человек) у мужчин и 34,5% (37 человек) у женщин. Более часто верифицировался рак желудка – 58,9% (63 случая), далее следует рак толстой кишки – 16,8% (18 случаев), рак пищевода – 14% (15 случаев).

В других случаях у пациентов выявлены патологии, относящиеся к предраковым заболеваниям, такие как эзофагиты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ, ЯБДПК), колиты, полипы толстой кишки и т.д.

Результаты эндоскопических исследований представлены в таблице 3.

Таблица 3. Выявленные предраковые заболевания при эндоскопическом исследовании за период с 2008 по 2011 годы

№	Нозология	Год исследования				Всего	
		2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	Абс.	%
1	Эзофагиты	16	6	9	7	38	1,6
2	Пищевод Барретта	3	-	2	1	6	0,2
3	Хронические гастриты	409	223	613	301	1546	63,4
4	ЯБ желудка	55	31	27	29	142	5,8
5	ЯБ ДПК	35	4	16	8	63	2,6
6	Эрозии желудка	92	27	42	88	249	10,2
7	Эрозии ДПК	6	6	4	10	26	1,1
8	Дуодениты	35	8	25	26	94	3,9
9	Полипы желудка и ДПК	29	28	24	23	104	4,3
10	Хронические колиты	23	41	34	4	102	4,2
11	НЯК	5	5	1	6	17	0,7
12	Полипы толстого кишечника	10	25	14	2	51	2,1
Итого:		718	404	811	505	2438	

Данные таблицы 3 показывают, что наиболее часто встречается хронический гастрит в 63,4% (1546) случаев, второе место занимают эрозии желудка – 10,2% (249) случаев. При исследовании толстой кишки первое место занимает хронический колит – 4,2% (102) случаев, далее идут полипы толстой кишки – 2,1% (51) случаев.

Инфекция *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) на сегодняшний день считается ведущим фактором в патогенезе

рака желудка. Именно она является причиной развития хронического гастрита – обязательного звена в цепи процессов, ведущих к раку желудка (РЖ). Этот процесс получил название «каскад Корреа» – по имени автора, который впервые подробно описал стадии развития аденокарциномы желудка [8].

Таблица 4. Результаты исследования на *Helicobacter pylori* за период с 2008 по 2011 годы

№	Возраст	H. Pylori положительные		H. Pylori отрицательные		Всего	
		Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Абс.	%
1	17-25 лет	49	39	28	31	147	12,2
2	26-50 лет	150	171	116	117	554	45,9
3	51 и старше	123	133	108	143	507	42,0
Итого:		322 (26,7%)	343 (28,4%)	252 (20,9%)	291 (24,1%)	1208	
		665 (55%)		543 (45%)			

В 1994 г. Международное агентство по изучению рака включило *H. pylori* в список канцерогенов. *H. pylori* в настоящее время рассматривается как стимулятор клеточной активности.

Риск развития РЖ повышается у инфицированных *H. pylori* пациентов с хроническим гастритом в 2–6 раз по сравнению с неинфицированными.

Выраженная взаимосвязь между инфекцией *H. pylori* и РЖ доказана в проспективных когортных исследованиях [9]. На *H. pylori* было обследовано 1208 пациентов из них 47,5% (574 человека) мужчин и 52,5% (634 человек) женщин. Данные исследования представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, что результаты на *H. pylori* в 55% (665 пациентов) случаев положительные с преобладанием лиц женского пола – 28,4% (343 человека), в основном в категории больных от 26 до 50 лет – 26,6% (321 человек) случаев.

**Выводы.** Таким образом, анализ скрининговой диагностики онкологической патологии желудочно-кишечного тракта путём комплексного эндоскопического исследования показал, что профилактическая ФЭГДС, ФКС могут быть рекомендованы в качестве обязательного компонента при плановом обследовании пациентов. Так в результате проведенного исследования при ФЭГДС верифицировался рак желудка у 58,9% (63 случая), рак пищевода у 14% (15 случаев), выявлено 55% (665 пациентов) положительных случаев на *H. pylori*, у 2268 человек выявлены предраковые заболевания (эзофагиты, хронический гастрит, эрозии желудка, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, полипы желудка, ДПК). При ФКС рак толстой кишки диагностирован у 16,8% (18 случаев), у 170 пациентов обнаружены хронические колиты, полипы толстой кишки,

неспецифический язвенный колит, относящиеся к предраковым заболеваниям.

#### Литература:

1. Ивашкин В.Т. Современная гастроэнтерология и предопухольные заболевания пищеварительной системы // Росс. Журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – Том 12. – 2002. – № 3. – С.32-34
2. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – Том 20. – № 3 (77). – Прил. 1. – С.27-29
3. Cancer Statistics, 2003 / Jemal A., Murray T., Samuels A., Ghafoor A., Ward E., Thun M. // CA Cancer. J. Clin. – 2003. – Vol. 53. – P. 5–26.
4. Frommer D.J. What's new in colorectal cancer screening? // J. Gastroenterol. Hepatol. – 1998. – Vol. 13. – № 5. – P. 528–533.
5. Gazelle G.S., McMahon P.M., Scholz F.J. Screening for Colorectal Cancer // Radiology. – 2000. – Vol. 215. – № 2. – P. 327–335.
6. Guelrud M., Herrera I., Esserfeld H. Enhanced magnification endoscopy: a new technique to identify specialized intestinal metaplasia in Barrett's esophagus // Gastrointest Endosc. – 2001. – Vol. 53. – P. 559–565.
7. Маев И.В., Мельникова Е.В. и др. Новые методы серологической и эндоскопической диагностики хронического атрофического гастрита и раннего рака желудка // Клини. перспективы гастроэнтерол. гепатол. – 2009. – № 6. – С. 30–34.
8. Correa P. Chronic gastritis as a cancer precursor // Scand. J. Gastroenterol. – 1984. – Vol. 104. – P. 131–136.
9. Parkin D., Pisani P., Ferlay J. Global cancer statistics // Cancer J Clin. – 1999. – Vol. 49. – P. 33–64.

УДК 616.718.4-001.5-053.2+615.825.1

## ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И ИЗОМЕТРИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

А.А. Дюсембаев

Государственный медицинский университет города Семей  
Кафедра детской хирургии

Тұжырым

САН СҮЙЕГІНІҢ ЖАБЫҚ СЫНЫҒЫ КЕЗІНДЕ ОПЕРАЦИЯЛЫҚ ЕММЕН БІРГЕ  
ЛФК МЕН ИЗОМЕТРИЯЛЫҚ ЖАТТЫҒУЛАРДЫ ҚОЛДАНУ

А.А. Дюсембаев

Сан сүйегі сынғанда тиімді емдердің бірі интрамедуллярлы остеосинтез болып табылады, алайда оның нәтижесін жақсарту үшін ертерек ЛФК және изометриялық жаттығу жүргізген жөн. Ол жарақаттанған аяқтың функциясын қысқа мерзімде қалпына келтіруге мүмкіндік береді.

Summary

MEDICAL PHYSICAL GYMNASTICS AND ISOMETRIC IN COMPLEXIVE TREATMENT AT  
CHILDREN WITH CLOSED FRACTURES OF FEMORAL SHAFT

А.А. Dussembaev

We present the results of treatment of children with closed fractures of the femoral shaft, operated by intramedullary osteosynthesis. In addition, in the postoperative period were isometric exercises and gymnastics. The use of isometric exercises and exercise therapy reduced time of the recovery function of the damaged limb.

Лечение диафизарных переломов бедренной кости остается актуальной проблемой современной травматологии. Ложные суставы и несросшие переломы этой локализации достигают 9-14% от всех псевдоартрозов, являясь одной из главных причин инвалидизации (1,2,3,4,5).

В настоящее время наблюдается тенденция роста частоты множественных и сочетанных травм, при которой нередкость перелома бедренной кости сочетающиеся с повреждениями внутренних органов.

Травматологи единодушно в отношении интрамедуллярного остеосинтеза как метод выбора лечебной иммобилизации при переломах бедренной

кости. Относительная простота ретроградного введения стержня, благоприятное условие заживления раны из-за большого массива мягких тканей и хорошее кровоснабжение сделали оперативное лечение диафизарных переломов бедренной кости достоянием многих детских хирургов и травматологов.

Особое значение приобретает реабилитация методами лечебной физической культуры (ЛФК) и изометрической гимнастики, так как раннее функциональное лечение позволяет сохранить и повысить тонус мышц оперированной конечности, в первую очередь 4-х главой мышцы бедра, предупредить тугоподвижность в коленном суставе,

Таблица 1.

Возраст	Пол		Повреждения конечностей		
	М	Д	поперечный перелом	косо-поперечный перелом	косой перелом
9-11 лет	6	3	3	5	1
12-15 лет	11	5	5	8	3
Итого	17	8	8	13	4

Как видно из таблицы 1, переломы диафиза бедра чаще наблюдались у детей мужского пола.

Основной причиной повреждений бедренной кости были бытовая и спортивная травма.

Открытый интрамедуллярный металлоостео-синтез проводили через 7-9 дней после повреждения. Для остеосинтеза использовали массивный полый со шлицем металлический штифт который вводили после предварительного рассверливания костномозгового канала. Первые 5-7 дней конечность укладывали на шину Белера, стопу фиксировали гамачком. Назначали холод на область операционной раны, рана дренировалась полихлорвиниловой трубкой (на 2-3 дня).

**Результаты и обсуждение.** ЛФК начинали на следующий день после операции, разрешали движения пальцами стоп и в голеностопном суставе. Больным детям рекомендовали напряжение четырехглавой мышцы бедра («игра» надколенника) в течении 3-5 с числом изометрических упражнений 8-10 по 5-6 раз в течении дня. Изометрические упражнения для сухожилий и мышц, расположенных непосредственно в области коленного сустава способствуют быстрой разработке движений в нем, уменьшению отека конечности и улучшению венозного кровообращения. На 4-5 сутки разрешали движения в тазобедренных, коленных суставах поврежденной конечности в пределах ограничивающих возможностями укладки ее на шине Белера.

На 6-7 сутки шину Белера удаляли и конечность укладывали на ортопедическую подушку. В комплекс упражнений включали поднятие выпрямленной конечности от горизонтального положения. Больным разрешали садиться в постели, опускать оперированную ногу на пол, свешивать ее с края кровати, ходить на костылях с минимальной опорой на стопу. В течение дня рекомендовали 6-8 раз проводить изометрическое напряжение мышц травмированной конечности в режиме 5-7 с продолжительностью процедуры 8-10 минут.

На 10-12 сутки снимали швы. С этого времени разрешали более длительную ходьбу на костылях с постепенно возрастающей осевой нагрузкой на оперированную конечность.

Если в области перелома после физической нагрузки появлялись боли, нагрузку уменьшали, но полностью не прекращали. У ряда больных после физической нагрузки возникали боли в области коленного сустава оперированной конечности, что, по-видимому, было связано с форсированным преодолением сформировавшейся контрактуры в суставе на фоне имевшего место при травме ушиба или повреждения мягких тканей.

восстановить опорную и двигательную функцию конечности в возможно короткие сроки.

В настоящем сообщении приведены результаты лечения детей с закрытыми переломами диафиза бедренной кости.

**Материалы и методы.** В клинике детской хирургии ГМУ г.Семей с 2003 по 2011 годы находились на лечении 25 детей с закрытыми переломами диафиза бедренной кости в возрасте от 9 до 15 лет. Мальчиков было 17(68%), девочек - 8(32%).

Больные были распределены по полу, возрасту и характеру и механизму перелома (таблица 1).

К моменту выписки из стационара (15-20 сутки после операции) разрешали адекватно возрастающую нагрузку на оперированную ногу. Осложнений после операции открытого интрамедуллярного остеосинтеза повлиявших на исход лечения не было.

Амбулаторно функциональное лечение было направлено на тренировку сухожильно-мышечного аппарата, увеличение амплитуды движения в суставах оперированной конечности и восстановление координации движения. Через 8-10 недель после операции больные полностью нагружали оперированную конечность, поэтому после контрольной рентгенографии было рекомендовано оставить костыли. Повседневную бытовую нагрузку разрешали без подъема и переноса тяжести.

Продолжительность лечения при закрытых переломах диафиза бедра после открытого интрамедуллярного остеосинтеза составила в среднем 10-12 недель.

**Заключение.** Таким образом, ЛФК и изометрическая гимнастика способствует в более короткие сроки восстановлению опорно-двигательные функции поврежденной конечности. Следовательно, метод ЛФК и изометрической гимнастики должны найти широкое применение в комплексном лечении детей с переломами диафиза бедренной кости.

#### Литература:

1. Жанаспаев А.М., Султангереев А.Б. Динамика восстановления двигательной функции при блокирующем остеосинтезе перелома бедра в вертельной области // Наука и здравоохранение.-2006.-№3.-С.45-47.
2. Ангелов А.В., Разумов А.А., Пак О.Т. Лечение переломов костей бедра и голени у детей//Сб.научных трудов Республиканской конференции «Современные проблемы педиатрии и детской хирургии» посвященной 70-летию научного центра педиатрии и детской хирургии. - Алматы, 2002
3. Миронов С.П., Городниченко А.И., Усков О.Н., Сорокин Г.В. Чрескостный остеосинтез при переломах вертельной области бедренной кости // Вестник травматологии и ортопедии.-2002.-№4.-С.16-17.
4. Milenkovic S., Mitkovic M., Radencovic M et al. Surgical treatment of the trchanteric by using the external and internal fixation methods // Fasta Universitatis, Series: Medicine and Biolog.-2009.-Vol.10, №2.-P.79-83.
5. Boldin C., Seibert F.S., Franhauser F. Et al. The proximal femoral nail (PFN) a minimal invasive treatment of unstable proximal femoral fracture // Asta Orthop.Scoud.-2009, Sep.-Vol.-74, №1.-P.53-58.



УДК 616.33-053.2

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

М.З. Ахметова

КГКП «Областная детская клиническая больница», г. Павлодар

Тұжырым

### БАЛАЛАРДА БИЛИАРЛЫ ЖОЛДАРДЫҢ ДИСФУНКЦИОНАЛДЫ БУЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

М.З. Ахметова

Осындай жағдайлардың клиникалық белгилерін алдын алу жолдарын емін билу билиарлы жүйе ауруларының асқынулары мен созылмалығын азайтады.

Summary

### FEATURES OF CLINIC OF DYSFUNCTIONAL DISORDERS OF BILIARY TRACT IN CHILDREN

M.Z. Akhmetova

*Dysfunctional disorders of the biliary tract is a common condition in children. Knowledge of the clinical manifestations, prevention and treatment of these conditions may reduce the quantity of complications and chronization of diseases of biliary system.*

В основе расстройств функций желчевыделительной системы лежат нарушения, характеризующиеся несогласованным, несвоевременным, недостаточным или чрезмерным сокращением желчного пузыря, желчных протоков и/или сфинктеров внепеченочных желчных протоков. Для обозначения нарушений функционирования желчевыводящей системы в настоящее время принят термин «дисфункциональные расстройства билиарного тракта» (Римский консенсус, 1999).

Дисфункцию билиарного тракта, согласно данной классификации, подразделяют на два типа: дисфункция (дискинезия) желчного пузыря, и дисфункция (дистония) сфинктера Одди. Основываясь на Римских критериях, дисфункции желчного пузыря определяются как комплекс функциональных расстройств общей продолжительностью свыше 12 недель за последние 12 месяцев, основным клиническим симптомом которых является боль в животе (приступообразная боль в правом подреберье или в мезогастрии продолжительностью не менее 20 мин или длительные, нередко постоянная боль в правом подреберье), сопровождающаяся тошнотой, возможно рвотой или нарушением стула. Кардинальным признаком является отсутствие структурных изменений билиарной системы. Дисфункция сфинктера Одди – это комплекс функциональных расстройств общей продолжительностью свыше 12 недель за последние 12 месяцев, основными клиническими симптомами которых являются рецидивирующие приступы сильной или умеренной боли продолжительностью 20 и более минут, локализующейся в эпигастрии или правом подреберье (билиарный тип); в левом подреберье, уменьшающейся при наклоне вперед (панкреатический тип); опоясывающей (сочетанный тип). Боль может сочетаться со следующими признаками: начало после приема пищи, тошнота и/или рвота. К первичным причинам дисфункций билиарного тракта относят патологию гладкомышечных волокон желчного пузыря, снижение чувствительности к нейрогормональным стимулам, дискоординация желчного пузыря и пузырного протока без органических препятствий, увеличенное сопротивление пузырного протока. Подобные нарушения встречаются довольно редко. Вторичные дисфункции билиарного тракта наблюдаются значительно чаще и сопровождаются органическими изменениями желчного пузыря, сфинктера Одди или возникают рефлекторно при различных заболеваниях органов пищеварительной системы (хронические воспалительные заболевания желудка, 12-ой и тонкой кишок, гепатит и цирроз печени и др.). Довольно часто причиной дисфункции билиарного тракта являются паразиты.

Выделяют несколько вариантов нарушений моторной деятельности желчного пузыря и сфинктерного

аппарата билиарного тракта: гипотоническое, гипокинетическое, гипертоническое и гиперкинетическое.

Для гипертонической формы дисфункции желчного пузыря характерны: приступообразные, колющие боли в правом подреберье или правом боку (дети младшего возраста в окологрудиковой области), продолжающуюся 20 минут и более, общей длительностью 12 недель и более. В подростковом возрасте нередко иррадиация боли в правое плечо, лопатку. Чаще всего возникновение боли связано с приемом жирной и высококалорийной пищи, психическими травмами. Достаточно характерный симптом – резкая коликообразная боль в правом боку при физической нагрузке – при быстром беге, быстрой ходьбе. Клинически гипотоническая форма характеризуется достаточно постоянной, ноющей, тупой болью в правом боку. Эмоциональное напряжение, погрешности в питании могут усиливать болевые ощущения. Дети старшего возраста могут жаловаться на тяжесть в правом подреберье, чувство горечи во рту. Могут отмечаться диспепсические явления в виде горечи во рту, отрыжку, иногда тошноту и снижение аппетита.

Характерная черта гипомоторной дискинезии – умеренное увеличение печени связанное с застоем желчи. Размеры печени увеличены не постоянно и могут уменьшаться и даже нормализоваться после приема холекинетики препаратов и дуоденального зондирования.

Диспепсические расстройства – непременный спутник билиарного тракта: снижение аппетита, тошнота, непереносимость жирной пищи, режé рвота (при передании, употреблении жирной и сладкой пищи), неустойчивость стула. При осмотре больного часто отмечается бледность, режé – сухость кожных покровов. Язык может быть обложен желто-коричневатым налетом. Возможны вздутие живота, томы. При наличии транзиторного холестаза – субиктеричное прокрашивание кожи и видимых слизистых, увеличение печени до 2–3 см из-под края реберной дуги, периодически – ахолия стула.

Таким образом, верификация диагноза дисфункциональных расстройств билиарного тракта по клиническим проявлениям дает возможность ранней терапии и профилактики этой патологии у детей.

#### Литература:

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник в 2-х томах.- 2011
2. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. М. Медицина, - 2001, - С. 23-98
3. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебник в 2-х томах. – 2009.
4. Неонатология. Под ред. Н.Н. Володина, В.Н. Чернышова, Д.Н. Дегтярева. М.: 2005. – 198 с.



УДК 616.633.455.623-616.5-002.45-08

**ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ****М.Т. Сейдуманов, А.К. Алимжанов, М.А. Головня****Городская Клиническая Больница Скорой Неотложной Помощи, г. Алматы  
Отделение хирургических инфекций****Тұжырым****ДИАБЕТИКАЛЫҚ ТАБАН ЕМДЕУЫ****М.Т. Сейдуманов, А.К. Алимжанов, М.А. Головня***Диабетикалық табан өте күрделі медициналық және әлеуметтік мәселе. Қантты диабет кезінде жиі болатын асқынуы табаның ірінді-шіру процесстері. Осы асқынуға көп факторлар әсер береді.**Поликлиникада және стационарда емдегенде бір неше шаралар қолдану керек және эртүрлі мамандар қатысу керек.***Summary****DIABETIC FOOT AND ITS TREATMENT****M.T. Seidumanov, A.K. Alimzhanov, M.A. Golovnya***Diabetic foot syndrome - a serious medical and social problem. Purulent-necrotic processes raw lower limbs are still frequent and dangerous complication of diabetes. The pathogenesis of diabetic foot multifactorial.**The approach to the outpatient and inpatient care of patients should be comprehensive and multidisciplinary with the inclusion in the diagnostic, therapeutic and rehabilitative process a wide range of specialists.*

По определению ВОЗ (1985), сахарный диабет - состояние хронической гипергликемии, обусловленное воздействием на организм генетических и экзогенных факторов. Сахарный диабет по медико-социальной значимости занимает непосредственное место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и наблюдается у 20-80 человек на 1000 населения.

Под термином «Диабетическая стопа» в настоящее время понимают инфекцию, язву и/или деструкцию глубоких тканей, развивающихся в сочетании с неврологическими расстройствами, поражением периферических магистральных артерий различной степени выраженности и остеартропатией (определение основано на критериях ВОЗ, предложено Международной группой экспертов по диабетической стопе, 1998г.)

По классификации выделяется три формы этого заболевания:

1. Нейропатическая форма;
2. Ишемическая форма;
3. Смешанная (нейроишемическая) форма;

Из определения следует, что основными патогенетическими факторами являются диабетическая ангиопатия, диабетическая нейропатия, остеартропатия и присоединившаяся инфекция.

С внедрением эффективных методов терапии сахарного диабета и значительным увеличением в связи с этим продолжительности жизни больных возросла частота поражения сосудов нижних конечностей. По данным А.С. Ефимова (1989), за последние 90 лет смертность от диабетической комы уменьшилась с 47,7% до 1,2%, а смертность от сосудистых поражений возросла с 21,7% до 77%. По данным экспертов ВОЗ гангрена нижних конечностей у больных сахарным диабетом развивается в 20-30 раз чаще, чем среди населения в целом. Частота ангиопатий непосредственно среди больных сахарным диабетом колеблется от 8-9 до 97-100%. Это объясняется тем, что одни авторы учитывают только выраженные сосудистые изменения, другие начальные, выявляемые с помощью чувствительных лабораторно-инструментальных диагностических методов.

Наиболее драматичные последствия СДС это ампутация (малая - в пределах стопы, либо высокая - на уровне голени и бедра), а так же гибель пациента от осложненной гнойно-некротического процесса (сепсис и др.) По мнению большинства экспертов (Международ-

ная рабочая группа по диабетической стопе), в развитых странах ежегодно производится 6-8 ампутаций (на разных уровнях) на каждые 1000 больных СД. При этом во многих регионах не учитываются ампутации в пределах стопы, поэтому реальные цифры оказываются иными.

Еще одно драматичное последствие СДС-снижение качества жизни при длительном течении трофической язвы на фоне неадекватного (неэффективного) лечения. Можно ли изменить ситуацию?

Из-за многочисленных объективных и субъективных трудностей в лечении СДС среди пациентов и врачей укоренились неверные представления. Одно из них - нигилистическое отношение к СДС. Оно подразумевает, что его лечение неэффективно, и любого пациента с поражением нижних конечностей при диабете рано или поздно ждет ампутация. Высказывается так же мнение о том, что высокая ампутация является положительным исходом лечения: послеоперационная рана заживает достаточно быстро, и наступает выздоровление (хотя и с дефектом), а при консервативном лечении срок выздоровления значительно больше.

Известно, что помимо высокой периоперационной летальности ампутация на уровне бедра повышает риск смерти пациента в течение 5 лет до 40-68%. Кроме того, очевидно, ампутация сама по себе является калечащей операцией.

В 1988г. представители европейских стран подписали Сент-Винцентскую декларацию, в которой были названы цели лечения СД и его осложнений, которых можно достичь за счет совершенствования системы медицинской помощи, т.е. даже без принципиально новых методов лечения. Одной из поставленных задач было уменьшить число ампутаций среди пациентов в 2 раза. В течение 5 лет во многих странах Европы задача была решена. Она выполнена и в Казахстане. Одно из важных условий для ее решения - создание территориальных специализированных многопрофильных команд по лечению СДС.

Кроме того, для успеха необходимо понимание причин развития СДС и методов его лечения. А так же энтузиазм медиков, основанный на знании современных методов лечения этого осложнения диабета.

Наше отделение хирургических инфекций в процентном отношении, при ежегодном обслуживании до

900 больных, в среднем 10% были больные сахарным диабетом, постепенно этот процент поднялся до 20%. В среднем длительность лечения данных больных доходила до 3-4 недель. Что недопустимо в условиях гнойной хирургии на 15 коек. От этих мыслей пришли к выводу применять все возможное в условиях городской больницы для улучшения качества лечения. Нам удалось снизить стационарное лечение до 10-14 дней, и шире использовалась активное консультативно-амбулаторное наблюдение 2 раза в неделю. Давались рекомендации до следующего посещения и так до полного выздоровления.

Под нашим наблюдением в период с 2005 по 2011 года находилось 510 больных (мужчин - 212, женщин - 298, возраст от 38 до 82 лет) сахарным диабетом 11 типа. У большинства имелась средняя степень тяжести - 348,162- тяжелое течение диабета. Все больные поступили в хирургический стационар с выраженными клиническими признаками заболевания и гипергликемией от 8 ммоль/л до 20,5 ммоль/л. Сопутствующие заболевания (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, перенесенные инфаркт миокарда, ОНМК, ожирение) имелись у 450 (88%).

Ампутаций, экзартикуляций пальцев произведено 122 больным (23,9%), в том числе на уровне стопы по Шапару 8(1,5%), Лисфранку 6(1,2%)

Вскрытие флегмон, некрэктомий 237 больным (46%)

За 6 лет было сделано 87 (16%) ампутаций на уровне с/3 бедра, но здесь нужно отметить позднюю обращаемость больных все операции производились по жизненным показаниям, нагноение культи не отмечалось, реампутаций не было. Койко-день в среднем составил 10-12. Умерло после операции 4 (4,5%) все до суток.

Лечение СДС нами проводилось с учетом преобладающего вида поражения сосудов по следующим основным направлениям.

1. Компенсация сахарного диабета.
2. Коррекция реологических и микроциркуляторных нарушений
3. Антибактериальная терапия
4. Детоксикация
5. Ортопедическая разгрузка конечности
6. Хирургическая обработка гнойно-некротического очага.

#### Компенсация сахарного диабета

Гнойно-некротические процессы у ИНСД очень часто развиваются на фоне декомпенсации заболевания, не поддающейся коррекции диетой и пероральными сахароснижающими препаратами. В нашей практике все больные с СДС переводились на инсулин короткого действия путем его дробного введения. Так как действие их наступает быстрее и длится недолго, в связи с чем, легче подобрать ежедневную дозу.

**Для коррекции реологических и микроциркуляторных нарушений**, использовались **Актовегин**, реополиглюкин, трентал, никотиновая кислота у 11 пациентов, наряду с традиционными способами введения вышеуказанных препаратов, применялись длительные внутриаартериальные инфузии лекарственных средств путем катетеризации *a. epigastrica inf.*, но широкого применения этот метод в гнойной хирургии не получил, в основном производились инъекции в бедренную артерию раствора новокаина 0,25%, **Актовегина**, никотиновой кислоты, антибиотика. Осложнений после инъекций не наблюдалось, в среднем в/а инъекции производилось в количестве 5-10 одному больному, в зависимости от степени поражения СДС.

Перспективным представляется введение вазопростана с целью улучшения гемодинамики нижних конечностей, который в достаточном количестве был в стационаре 2004,2005,2011годах.

К комплексному лечению больных с СДС в 40% случаев мы подключали ГБО, что повышает эффективность лечения и в ряде случаев предотвращает ампутацию.

#### Адекватная разгрузка конечности.

Какие бы современные перевязочные материалы не применялись, если пациент наступает на рану, она заживать не будет. Поэтому, наше требование к больному - 100% устранение нагрузки на рану. Следует помнить, что пациент, рекомендации по разгрузке конечности часто не выполняет. Это связано с тем, что из-за нарушения болевой чувствительности при СД больной не испытывает никакого дискомфорта при ходьбе. Поэтому требуются дополнительные усилия, чтобы пациент понял необходимость разгрузки, а так же контроль за этим. Одним из вариантов разгрузки постельный режим, гипсовый лонгет, использование костылей и перемещение в кресле-каталке.

#### Подавление раневой инфекции.

Основные возбудители раневой инфекции при СДС в нашей практике:

- грамположительные кокки (*Staphilococcus* - 52%, *Streptococcus* - 29%);

- грамотрицательные бактерии (семейства - **Enterobacteriaceae**, рода *Escherichia*, *Klebsiella*, *Proteus* - 16%).

- анаэробные микроорганизмы (глубокая рана или ишемическая форма СДС - 1%)

- синегнойная палочка и родственные ей микроорганизмы (род *Pseudomonas* - 2%) - при избыточной влажности раны.

Выбор оптимального препарата достаточно сложен и должен основываться на данных о возбудителях раневой инфекции и их предполагаемой чувствительности к антибиотикам, а так же об особенностях фармакокинетики препаратов и локализации инфекционного процесса (в частности, не все антибиотики проникают в костную ткань). Оптимальным является выбор антибиотиков по результатам бактериологического исследования раневого отделяемого.

В нашей практике это Линкомицин, Зиноцеф.

Начиная с 2001 года для местного лечения нами применялся ферментный препарат имозимаза, представляющий собой комплекс бактериальных протеаз *bas. Subtilis*, иммобилизованных радиационным методом на полиэтиленоксиде 1500 с протеолитической активностью 50 ПЕ, разработанный в Институте цитологии и генетики СО РАН (г. Новосибирск). Препарат обладает максимальным пролонгированным протеолитическим действием в диапазоне pH от 7,0 до 8,2, способствует отторжению некротизированных тканей, разжижению гнойно-фибринозных наложений. Улучшает и ускоряет процессы регенерации, не вызывая аллергических реакций.

#### Хирургическая обработка гнойно-некротического очага.

На первом этапе нами выполнялось адекватная хирургическая обработка гнойно-некротического очага, включающая широкое вскрытие и дренирование; выявлялись все затеки и карманы, а так же деструкции костей и суставов. При этом оперативная тактика являлась строго индивидуальной и зависела от локализации и глубины поражения. Вмешательство не только удаление гноя и дренирование, но и максимально возможное иссечение всех некротизированных тканей.

При перевязке предпочтение отдавалось: Бетадину, миромистину, диоксидину, гипертонический раствор с непрерывным орошением. Предварительно проводился сеанс озонотерапии 10-15 минут. При необходимости перевязки производились дважды.

Таким образом, синдром диабетической стопы - серьезная медицинская и социальная проблема. Несмотря на успехи современной хирургии. Гнойно-некротические процессы нижних конечностей продолжают оставаться частым и опасным осложнением сахарного диабета. Патогенез синдрома диабетической стопы многофакторный. Становится понятным, что поражение нижних конечностей является результатом изменений функционирования всего организма.

В связи с этим, подход к амбулаторному и стационарному ведению больных данного контингента должен быть комплексным и мультидисциплинарным. С вклю-

чением в диагностический, лечебный и реабилитационный процессы широкого круга специалистов.

Основная причина неблагоприятных исходов лечения больных с гнойно-некротическими процессами стоп на фоне сахарного диабета - это позднее обращение и несвоевременная госпитализация в стационар. Доказано, что проведение профилактических мероприятий ведет к значительному снижению частоты высоких ампутаций и летальности. Поэтому чрезвычайно важное значение в данной ситуации приобретает организация и стандартизация специализированной медицинской помощи пациентам на всех ее этапах на основе доказательной медицины.

Необходимо дальнейшее изучение причин и условий, способствующих возникновению и развитию синдрома диабетической стопы с целью улучшения результатов диагностики, лечения и профилактики этого грозного заболевания.

**Рисунок. 1,2. Больной Ж, 57 лет, сахарный диабет, тяжелое течение, сухая гангрена 1 пальца левой стопы. Состояние после ампутации 1 пальца и фасциотомии.**

До лечения



После лечения



**Рисунок 3,4 - Больной К., 62 года с диагнозом Сахарный диабет 2 типа, СДС, состояние после операции- экзартикуляции 1 пальца стопы.**

После операции экзартикуляции на 10-ые сутки



После лечения через 2 месяца





Рисунок 5,6. Больная К, 75 года, сахарный диабет 2 типа, СДС 4 стадии по смешанному типу.

До лечения



После лечения



Рисунок 7, 8. Больная М. 70 лет, сахарный диабет 2 тип, СДС 4 стадии

До лечения



После 3-х месяцев лечения



Рисунок 9,10. Больная Ж., 70 лет, сахарный диабет 2 типа, нейропатическая форма, диабетическая стопа 4 стадии. До лечения и после 3 месячного курса лечения.

До лечения



После лечения



Рисунок 11, 12. Больная Н, 50 лет, сахарный диабет 2 типа, нейропатическая форма.  
До лечения После 3-х месяцев лечения



Рисунок 13, 14. Больной Б., 55 лет с диагнозом  
“Синдром диабетической стопы 4 стадии, нейроангиопатия”

До лечения

После лечения



Рисунок 15,16,17. Больная Б., 72 года, Сахарный диабет 2 типа,  
диабетическая стопа 4 степени. 3-4 месяцев после лечения.





УДК 616.314-77-08

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗНЫМИ СТОМАТОПАТИЯМИ

Д.М. Сулейменова, С.К. Кабдыканов, Ж.Р. Сапаргалиева

Государственный медицинский университет города Семей, Клиника «Суперстом», г. Семей

### Резюме

Лечение непереносимости материалов зубных протезов антиоксидантами позволяет избежать снятия конструкций протезов из нержавеющей стали и замены их на благородные.

Положительные результаты лечения позволяют говорить о перспективности применения антиоксидантов, в частности ацетилцистеина (флуимуцила) в процессе реабилитации больных с непереносимостью несъемных металлических зубных протезов из нержавеющей стали.

### Тұжырым

#### ПРОТЕЗДІСТОМАТОПАТИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЖӘНЕ ПРОТЕЗДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Д.М. Сулейменова, С.К. Кабдыканов, Ж.Р. Сапаргалиева

Тіс протездерінің материалдарын жақтыртпаушылықты антиоксиданттармен емдеу (93,2% жағдайда) тот баспайтын болаттан жасалған протез конструкцияларын шешіп және бағалы материалдарға ауыстыруға көп жағдайда жол бәрмейді.

Емдеудің қолайлы нәтижесі антиоксиданттарды, атап айтқанда ацетилцистеинді (флуимуцил) тот баспайтын болаттан жасалған металл тіс протездерін жақтыртпайтын науқастарды реабилитация үрдісіне қолданудың зор мүмкіншілігі бар екендігіне көз жеткізуге болады.

### Summary

#### SPECIAL FEATURES OF TREATMENT AND PROSTHESIS OF PATIENTS WITH PROSTHETIC STOMATOPATHIES

D.D. Suleimeneva, S.K. Kabdykanov, Zh.R. Sapargaliyeva

Treatment of dental prosthetics intolerance allows avoiding of removal of prosthesis devices made of stainless steel and replacing them with noble in 93.2% of cases.. Positive results suggest promising applications of antioxidants, including acetylcysteine (fluimutsila) in the process of rehabilitation of patients with intolerance to non-removable stainless steel dental prosthetics.

В стоматологической практике наиболее часто встречаемой патологией органов полости рта являются протезные стоматопатии. Заболевание является полиэтиологичным. Одной из причин является токсичность конструкционных материалов и аллергические реакции к ним. Направление таких пациентов к дерматологу или аллергологу (а часто и к психиатру) снимает с врача-стоматолога ряд проблем, а назначение совместного комплексного лечения, в том числе местного, помогает пациенту. Спектр диагностических и терапевтических мероприятий в современной стоматологической практике заметно расширился. Причинами протезных стоматопатий также являются: механическое раздражение (острые края протеза, давление); микробные раздражения (бактерии, грибы); нарушение иммунитета (возраст пациента, психический стресс, Diabetesmellitus тип I, ВИЧ-инфекция); психогенные факторы, которые могут быть также точно установлены и устранены.

Протезные стоматопатии могут проявляться в виде изменений отдельных участков слизистой оболочки полости рта или иметь обширные зоны распространения. Проявлениями являются эритемы, жжение в области слизистой оболочки (языка, щеки, губ), боли (локальная поверхностная или тупая глубокая с иррадиацией), нарушения вкусовых ощущений (привкус металла или пластмассы). Протезная непереносимость чаще всего обусловлена зубопротезными материалами. По данным последних исследований, эритемы обнаруживаются и под пластмассовыми протезами, и под металлическими каркасами частичных зубных протезов. При наличии зубного протеза с пластмассовым базисом границы эритемы чаще диффузные. Причина - механическое раздражение, часто в комбинации с микробным фактором. Границы гиперемии соответствуют базису съемного протеза для верхней челюсти. Оба типа зубных протезов очень редко вызывают истинную аллергическую реакцию, за исключением протезов, выполнен-

ных из материалов, содержащих ионы никеля. Чаще речь идет о местном токсическом заболевании, которое можно точно диагностировать с помощью современных методов.

**Цель исследования:** Выявление протезных стоматопатий, разработка метода их устранения и рационального протезирования.

#### Материалы и методы:

Для изучения данной проблемы обследованы, лечены и перепротезированы в течение последних трех лет 49 пациентов с различными дефектами и подобранными и изготовленными к ним ортопедическими конструкциями из разных материалов: пластмассы, металла (нержавеющей стали, кобальто-хромового сплава).

Анализ материала протеза и его присутствия в тканях обеспечивается рентгенографическим исследованием, который может выявить негативные изменения протеза и материала, вызванные его неудовлетворительным изготовлением (поры, неомогенность структуры). Микроскопический анализ позволяет установить влияние среды полости рта на зубной протез (коррозию). При подозрении на микробный генез заболевания может быть взят мазок со слизистой полости рта. Если локальные токсические реакции исключены, внести ясность поможет специальный аллергенный тест у аллерголога, дерматолога.

При подозрении на нарушение иммунитета дополнительно рекомендуется консультация врача-терапевта-иммунолога. Иммунная недостаточность может объяснить сниженную реактивную способность слизистой оболочки.

Решение о направлении больного к врачу-психиатру или психологу - это последний шаг, который должен быть реализован лишь после того, как все вышеперечисленные диагностические средства исчерпаны.

#### Клиническое наблюдение

Диагностика непереносимости материалов зубных протезов базировалась на жалобах и анамнезе. В кли-



нику ортопедической стоматологии в период (2006-2011г.г.) с жалобами на непереносимость зубных протезов из неблагородных металлов обратилось 49 человек в возрасте от 40 до 55 лет.

Наиболее часто встречающимися симптомами у больных были: металлический привкус - 45%, парестезии в виде жжения и пощипывания языка или его боковых поверхностей, слизистой оболочки щек, неба - 19%, неприятное чувство "тяжести" и оскомины - 11%, ощущение горечи и кисло-солоноватого привкуса - 10%, сухость в полости рта - 8%, ощущение "тока" - 7%.

Явления непереносимости к металлическим протезам возникали в разные сроки: в течение первого месяца и спустя год - два после ортопедического лечения.

В ходе микробиологического исследования у 15% пациентов подтверждена бактериальная этиология болезни, причиной ее чаще являлся *Staphylococcus aureus*. Грибковая инфекция выявлена у 7% обследуемых, им поставлен кандидоз или эритематозно-атрофический микоз.

У остальных пациентов, по данным бактериологического и микологического анализов патологических изменений в полости рта не выявлено, поэтому у них был исследован металлический базис протеза в связи с загрязнением сплава и возможной его коррозией. Однако состав сплава был в норме, никель не обнаружен.

В результате тщательного осмотра металлического базиса протеза с поверхности обращенной к слизистой оболочке обнаружены значительные коррозионные изменения. Полученные данные указывают на то, что причиной образования эритемы, как локальной токсической реакции, могли быть ионы металла, являющиеся продуктом коррозии хромокобальтового сплава или наличием прямого контакта протеза со слизистой оболочкой полости рта, т.е. имело место механическое раздражение при снижении иммунной защиты организма больного. Предположение было подтверждено в результате анализа числа клеток CD4 в крови пациента, являющихся одним из параметров, используемых для описания индивидуального иммунного статуса пациента.

Всем пациентам была проведена санация полости рта. Лечение острой формы язвенного некротического гингивита - у 6; катарального гингивита - у 19; снятие зубных отложений - у 29 пациентов; у 25 больных проведены общие терапевтические и saniрующие мероприятия на пародонте из-за диагностированного пародонтита разной степени тяжести и пародонтоза. У 6 пациентов, носящих бюгельный протез из сплава на основе хром-кобальта (*Vitallium*®), выявлен тяжелый протезный стоматит с выраженной эритемой в области фронтального беззубого альвеолярного отростка, боковых, жевательных отделов зубного ряда, частично - с небной стороны, где металл и пластмасса базиса протеза прилегали к слизистой оболочке.

16 больным были заменены протезы из нержавеющей стали на протезы из серебряно-палладиевого сплава и золота 12 человек; 10 пациентам проведено металлокерамическое перепротезирование; 11 больным (40-55 лет) без снятия несъемных металлических протезов (нержавеющая сталь без и с нитрид-титановым покрытием) проведено лечение антиоксидантом - ацетилцистеином (флуимуцилом) по 600 мг в сутки в течение 3 недель.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц в возрасте 20-40 лет с интактной зубочелюстной системой.

Данные клинко-лабораторных исследований через 1,5 месяца показали, что у 28 пациентов жалобы исчезли полностью, у 10 сохранялись жалобы на металличе-

ский привкус только по утрам и у 8 жалобы оставались прежними (им изготовили протезы из серебряно-палладиевого сплава). У 3 больных через 6 месяцев после проведения медикаментозного лечения произошел рецидив заболевания. Им был проведен повторный курс медикаментозного лечения, который привел к положительному результату.

В отдаленные сроки наблюдения (2-5 лет) - обострений и рецидивов заболевания не было.

Непереносимость зубных протезов разного происхождения с многообразными проявлениями встречается довольно часто у пациентов стоматологической практики. Представленное клиническое наблюдение продемонстрировало роль механического раздражения слизистой полости рта зубным протезом, что привело к образованию эритемы.

Используемые в стоматологической практике материалы неизбежно приводят к противоборству живых тканей и систем человеческого организма с чужеродными материалами. Эта "конфронтация" ярче всего представлена в полости рта.

Стоматологические материалы и их составные элементы являются неполноценными антигенами - так называемыми гаптенами, которые могут преобразовываться в полноценные антигены в результате соединения с собственным белком и получать способность к сенсибилизации (чувствительности). Последняя, проходит незаметно и зависит от дозировки материала (аллергологический эффект). Для зубных протезов в течение 30 лет применяются акриловые пластмассы. В последние годы разрабатываются различные композиты - наполненные пластмассовые материалы на базе диакрилата.

Токсикологический эффект могут вызвать: метиловый эфир метакриловой кислоты - мономер - в принципе является ядом. Однако его ядовитые свойства проявляются лишь при высоких дозах. Для кожи мономер является сильным раздражителем, который быстро угнетает защитные барьеры; при продолжительном воздействии на кожные покровы сначала появляется контактная экзема неаллергического типа, затем - аллергическая контактная экзема.

**Заключение.** Лечение непереносимости материалов зубных протезов антиоксидантами позволяет избежать (в 93,2% случаев) снятия конструкций протезов из нержавеющей стали и замены их на благородные.

Положительные результаты лечения позволяют говорить о перспективности применения антиоксидантов, в частности ацетилцистеина (флуимуцила) в процессе реабилитации больных с непереносимостью несъемных металлических зубных протезов из нержавеющей стали.

Несъемные протезы из сплавов металлов наиболее часто применяются при ортопедическом лечении больных с дефектами зубов и зубных рядов, аномалиями и деформациями зубочелюстной системы. Эти протезы выполняют не только функциональную, но и эстетическую роль. Однако при всей важности зубного протезирования необходимо учитывать, что при его осуществлении в полость рта вводятся и находятся в ней на протяжении длительного времени инородные тела, изготовленные из материалов, не свойственных организму человека. Поэтому перед современной ортопедической стоматологией встает вопрос о биосовместимости металлических зубных сплавов организма человека.

При подборе конструкции протеза необходимо помнить, что интенсивность взаимодействия сплавов в полости рта зависит от следующих факторов: природы металлов, условий контакта между ними, состава и структурного состояния сплавов.

**Литература:**

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б. и др. - М.: МЕДИ издательство, - 2005. - с.11-21.  
 2. Боровский Е.В., Машкилейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. - М., 2001.с.66-103; с.158-179.  
 3. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычкова В.А., Аль-Хаким. Ортопедическая стоматология. - Смоленск, 2000. с.420-425

4. Амираев У.А., Рузуддинов С.Р. Клиника и протезирование дефектов зубных рядов. - Бишкек, 2002. - с.15-17  
 5. Максимовская Л.Н., Рощина П.И. Лекарственные средства в стоматологии. Справочник. М: Медицина 2000. - с. 240  
 6. Манеев В.Г. Электрохимические и аллергические свойства некоторых металлов, применяемых в ортопедической стоматологии: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 1972 г.

УДК 616.314-089-053.2

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ**

**Ш.Ш. Абралина<sup>1</sup>, Л.М. Садвокасова<sup>1</sup>, Д.М. Буржанова<sup>2</sup>, П.А. Камбарова<sup>2</sup>, Б.А. Куренова<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup>ГМУ г.Семей, <sup>2</sup>ЛУ «Стоматология», г. Семей, <sup>3</sup>КГКП «Поликлиника 4» г. Павлодар**

**Тұжырым**

**БАЛАЛАРДЫҢ ЖАҚ-БЕТ АЙМАҒЫ ЛИМФАДЕНИТИНІҢ АҒЫМ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

**Ш.Ш. Абралина, Л.М. Садвокасова, Д.М. Буржанова, П.А. Камбарова, Б.А. Куренова**

*Жүргізілген зерттеулеріміздің нәтижелері бойынша, жақ-бет аймағы лимфадениттері 6 жастан 10 жасқа дейінгі балаларда қыс мезгілінде жиі кездеседі және барлық нозологияның 6,8 % құрайды.*

**Summary**

**PECULIARITIES OF LYMPHADENITIS MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN**

**Sh. Abralina, L. Sadvokasova, D. Burzhanova, P. Kambarova, B. Kurenova**

*Studies have revealed that the lymphadenitis maxillofacial region are more frequent between the ages of 6-10 years in winter and up 6.8% all cases nozoology.*

За последние годы отмечается рост одонтогенных и неодонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, что связано со снижением профилактической работы среди детского населения. В специальной литературе в основном описываются одонтогенные лимфадениты. Однако в челюстно-лицевой области регионарные лимфадениты у детей и подростков развиваются не только при одонтогенной инфекции. Они могут развиваться и при инфекционно-воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта и носоглотки, остром и хроническом тонзиллите, гнойничковых заболеваниях кожи лица и др. Только в 15-20% они связаны с одонтогенной инфекцией и почти у половины больных бывают затруднения по определению первичного инфекционного очага.

**Цель исследования** – изучение распространенности, первичной локализации инфекционного очага, возрастной характеристики больных, сезонности заболеваемости острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей и подростков.

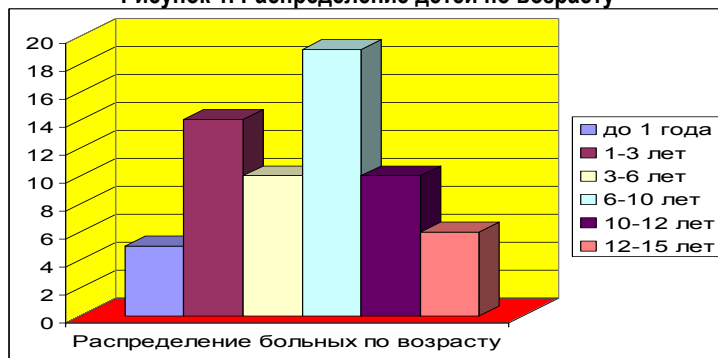
**Материал и методы исследования.**

Использовались данные статистического исследования историй болезней 64 детей, проходивших лечение амбулаторно и госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии в возрасте до 15 лет.

**Результаты исследования и их обсуждение.**

Данные проведенного анализа выявили, что лимфадениты челюстно-лицевой области у детей встречались у 6,8% случаев от всех нозологий. Анализу не подвергались лимфадениты сопутствующие периоститам, остеомиелитам, флегмонам, сиалоденитам, где последние являлись ведущими при госпитализации и лечении больных. Их них мальчиков было 28 (43,8%), девочек – 36 (56,2%). Острые серозные лимфадениты диагностированы у 36 детей (56,2%), острые гнойные – у 28 (43,8%). Характеристика острых лимфаденитов в зависимости от возраста была следующей: дети в возрасте до 1 года составили - 5, от года до 3 лет - 14, от 3 до 6 лет- 10, от 6 до 10 лет- 19, от 10 до 12 лет -10 , от 12 до 15 лет - 6.

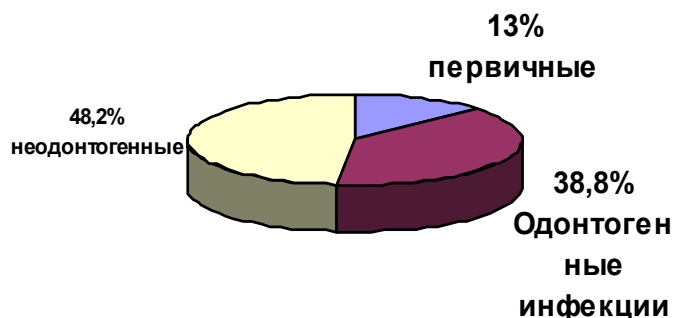
**Рисунок 1. Распределение детей по возрасту**



Выяснение первичной локализации инфекционного очага в челюстно-лицевой области показало, что одонтогенная инфекция вызывала лимфадениты в 38,8% случаев (25 детей), неодонтогенная – 48,2% (31 детей),

не выявлены входные ворота инфекции, так называемые первичные лимфадениты у которых не удалось выявить связь с каким-либо патологическим очагом в 13% случаев (8 детей).

Рисунок 2. - Распределение детей по причинам развития лимфаденитов.



Из группы детей с одонтогенными лимфаденитами челюстно-лицевой области выявлено, что причиной их явились острые и обострение хронических периодонтитов у 14 (56%) больных, альвеолиты у 2 (8%), затрудненное прорезывание зубов – 6 (24%), ретенция зубов – 3 (12%).

Выяснение зависимости заболеваемости одонтогенными лимфаденитами от возраста показало, что в возрасте до 6 лет они наблюдались у 8 (32%) детей, в возрастном периоде от 6 до 12 лет у 13 (52%) и от 12 до 15 – 4 (16%). Следовательно, возрастающая роль одонтогенных очагов инфекции становится максимальной в возрасте 6-12 лет, что связано с увеличением интенсивности поражением зубов кариесом и его осложнений временных зубов и 1-ых постоянных моляров.

Неодонтогенные лимфадениты в возрастном периоде до 6 лет наблюдались у 19 (61,3%) детей, в возрастном периоде от 6 до 12 лет – у 7 (22,6%) детей и в возрасте от 12 до 15 лет – 5 больных (16,1%).

Анализ зависимости заболеваемости первичными лимфаденитами от возраста детей показал, что в возрасте до 6 лет они наблюдались у 3 (37,5%) детей, в возрастном периоде от 6 до 12 лет – у 2 (25%), от 12 до 15 лет – 3 (37,5%).

Изучение сезонности заболеваемости выявило, что в зимний период лимфадениты наблюдались у 19 детей (30%), весной – 16 (25%), осенью – 17 (26%), летом – 12 (19%).

Рисунок 3. - Зависимость заболеваемости лимфаденитами в зависимости от возраста детей.

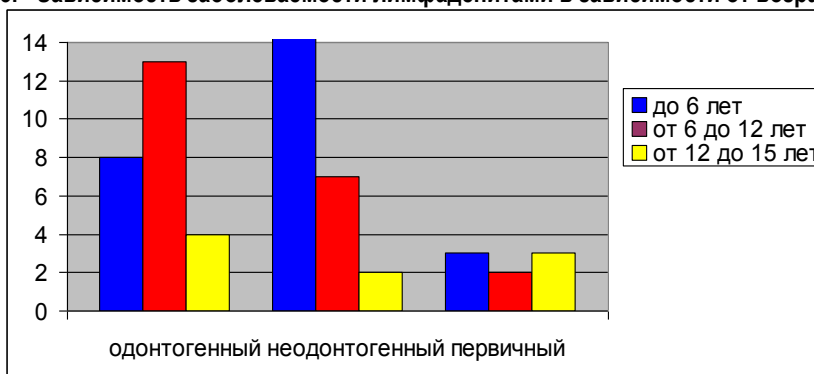
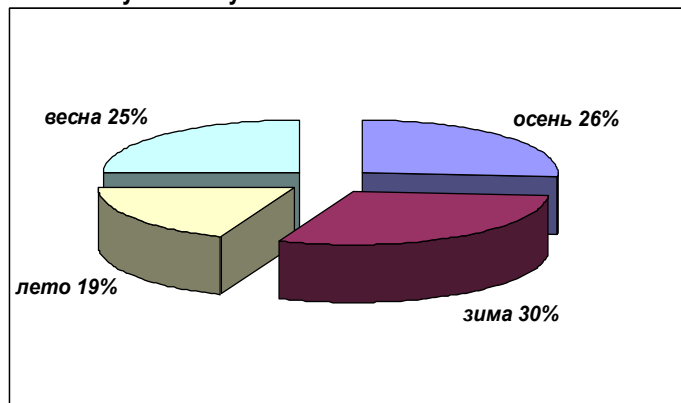


Рисунок 4. Изучение сезонности заболеваемости



Таким образом, выявлено, что лимфадениты челюстно-лицевой области встречаются в 6,8% случаев, чаще в возрастном периоде от 6 до 10 лет. Острые серозные лимфадениты составляют 56,2%, острые гнойные – 43,8%. Одонтогенные лимфадениты составляют 48,2%, неодонтогенные – 38,8%, первичные – 13%.

Наибольшая заболеваемость детей лимфаденитами наблюдается в зимний (30%) и весенне-осенний период (26%-25%).

У девочек несколько чаще диагностировались лимфадениты – 36 (56,2%), чем у мальчиков – 28 (43,8%).

Роль одонтогенных очагов инфекции возрастает в возрасте 6-10 лет, что связано с увеличением интен-

сивности поражения зубов кариесом и связанных с ним осложнений. Неодонтогенные очаги инфекции преобладают у детей в возрасте до 6 лет.

#### **Литература:**

1. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. - М.: Медпресс, 2001. - 160 с.

2. Супиев Т.К. Лекции по стоматологии детского возраста. - М.: Медпресс, 2004. - 56 с.

3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: ООО Червона Рута-Турс, 2002. - С.52-73.

УДК 616.31

## **ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА, ПРОФИЛАКТИКА ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ**

**Н.Б. Хайдарова**

**Государственный медицинский университет города Семей  
кафедра стоматологических дисциплин**

#### **Резюме**

*Опыт лечения осложненного кариеса свидетельствует о том, что хорошее знание анатомии, топографии, дифференциальной диагностики и адекватного применения основных и дополнительных методов исследования при лечении пульпита и периодонтита значительно снижает риск возникновения ошибок и осложнений в эндодонтии.*

#### **Тұжырым**

**АСҚЫНҒАН ТІСЖЕГІНІ ЭНДОДОНТИЯЛЫҚ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ ҚАТЕЛІКТЕР МЕН АСҚЫНУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ**

**Н.Б. Хайдарова**

*Асқынған тісжегі ауруын емдеу тәжірибесі куәландырады, ұлпа және периодонт қабынуларын емдеу кезінде анатомияны, топографияны, ажырату диагностикасын жақсы білу және негізгі мен қосымша зерттеу әдістерін тиімді қолдану эндодонтиядағы қателіктер мен асқынулардың пайда болуын алде қайда төмендетеді.*

#### **Summary**

**PREVENTIVE MAINTENANCE OF ERRORS AND COMPLICATIONS AT ENDODONTUS TREATMENT OF THE COMPLICATED CARIES**

**N.B. Khaidarova**

*The experience of treatment of the complicated caries testifies that the good knowledge of anatomy, topography, differential diagnostic both adequate application of the main (basic) and padding method of testings at treatment of a pulpitis and periodontitis considerably reduces (descends) of risk of originating of errors and complications in endodonties.*

Анализ многочисленных клинических исследований, в том числе и в настоящее время, подтверждает, что наибольший процент ошибок и осложнений в клинической терапевтической стоматологии встречается при лечении осложненного кариеса /1/.

Наши предварительные исследования свидетельствуют о том, что условно ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении можно разделить на три группы:

- На этапе диагностики,
- Во время инструментальной и медикаментозной обработки системы корневых каналов,
- На этапе obturation корневых каналов.

Так, во время диагностики клинического состояния наиболее часто в практической стоматологии затруднения представляет дифференциация между острым и обострением хронического пульпита, а также диагностика острого периодонтита и обострения хронического периодонтита. Для снижения частоты этой врачебной ошибки необходимы тщательный собранный анализ, проведение по показаниям основных и дополнительных методов исследования (зондирование, перкуссия, паль-

пация, термопроба, электроодонтометрия, рентгенография).

Во время инструментальной и медикаментозной обработки системы корневых каналов особое внимание придается подготовительным мероприятиям. В частности, с внедрением новых технологий обязательно наложение коффердама, не требующего больших затрат времени и значительно повышающего эффективность обработки. При этом исключается возможность аспирации мелких стоматологических инструментов, врач-стоматолог предохранен от заражения инфекционными заболеваниями (гепатит, СПИД и т.д.), обеспечивается защита мягких тканей полости рта, создается сухое рабочее поле, и для врача-стоматолога обеспечиваются бесстрессовые условия работы.

Известно (2), что перед инструментальной обработкой корневого канала следует полностью удалить кариозный дентин, предотвращая попадание микроорганизмов в систему корневых каналов. Для достижения этой цели при значительно разрушенной коронке зуба рационально восстановительное пломбирование, позволя-

ющее также получить исходную точку для измерения рабочей длины зуба.

Частичное восстановление коронки зуба следует проводить таким образом, чтобы не было попадания пломбирочного материала в просвет устьев корневых каналов. Также при восстановлении культи коронки целесообразно учитывать направление оси зуба.

Определяющим при эндодонтическом лечении является знание анатомо-топографических особенностей строения системы корневых каналов в зависимости от групповой принадлежности зуба, что должно быть одним из основополагающих правил при лечении осложненного кариеса. Анализ наших предварительных результатов показал, что около 27,3 % осложнений возникает вследствие незнания и пренебрежения основами анатомии строения полости зуба.

Важным этапом в эндодонтии является создание первичного эндодонтического доступа. При препарировании системы корневых каналов необходимо неукоснительно придерживаться следующих требований:

1. Препарирование кариозной полости должно обеспечивать полное удаление свода полости зуба;

2. Стенки кариозной полости должны плавно переходить в стенки полости зуба, тем самым обеспечивая беспрепятственный ввод эндодонтических инструментов корневые каналы.

Для раскрытия полости зуба в последнее время настоятельно рекомендуются боры с неагрессивной верхушкой, при этом снижается риск перфорации дна полости зуба. Ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа возникают зачастую в практике врача-стоматолога из-за несоблюдения или неправильного определения оси зуба, а также при недостаточности знаний анатомии и топографии зубов.

Для обнаружения устьев корневых каналов применяют эндодонтические зонды, рекомендуются ведущими эндодонтистами развитых стран мира (3, 4) применение инструментов для расширения устьев корневых каналов и эндолубрикантов на основе ЭДТА. При зондировании корневых каналов определяют длину, форму сечения и кривизну канала, а также степень их проходимости.

На этапе диагностики осложненного кариеса обязательно рентгенологическое исследование. К сожалению, на практике лишь около 45,8% врачей-стоматологов считают обязательным применение данного дополнительно метода исследования, что значительно повышает риск возникновения ошибок и осложнений.

С учетом реальных условий отечественной практической стоматологии нами рекомендуется при отсутствии апекс-локаторов рентгенологическое определение рабочей длины корневого канала. Для этого необходимы К-файл преимущественно 15 размера, рентгеноконтрастный металлический или силиконовый ограничитель и определитель длины инструментов.

Инструмент, используемый для определения рабочей длины зуба рентгенологическим способом, следует выбирать так, чтобы без особых усилий достичь точки вблизи эндодонтической верхушки. Подтверждением этого является легкое сжатие инструмента стенками канала, что обеспечивает его неподвижность в момент проведения рентгенологического исследования.

Если используемый эндодонтический инструмент будет меньше 15 размера, то возможна неправильная интерпретация результатов рентгенологического исследования.

Наш опыт лечения осложненного кариеса свидетельствует о том, что хорошее знание анатомии, топографии, дифференциальной диагностики и адекватного применения основных и дополнительных методов исследования при лечении пульпита и периодонтита значительно снижает риск возникновения ошибок и осложнений в эндодонтии.

#### Литература:

1. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. – М., 1999.- 345 с.
2. Хоменко Л.А., Биденко А.В. Современная эндодонтия. – К., 2000.- 134 с.
3. Хельвиг Э. и др. Терапевтическая стоматология.- Львов, 1999.- 409 с.
4. Чиликин В.Н. Новейшие технологии в эстетической стоматологии.- М., 2001. – 92 с.

УДК 616.314-084

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Ю.А. Заворохина, Т.М. Токанов, К.М. Пилипенко, М.А. Ганжа

Стоматологический салон «Дантист» г. Семей

### Тұжырым

#### ПАРОДОНТ АУРУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУЫНЫҢ КЕЙБІР АСПЕКТІЛЕРІ

Ю.А. Заворохина, Т.М. Токанов, К.М. Пилипенко, М.А. Ганжа

Семей регионы үшін пародонт ауруымен байланысты мәселе үнемі ауқымды, себебі осы ауруға ұқсас аурулардың болуы жоғары деңгейде. Пародонт ауруының алдын алуы пародонтпен ауырған пациенттің тісі мен тінінің интактілі функциональді жағдайын сақтап қалу болады. Профилактиканың негізі тұрғындардың ауыз қуысын күте білудің гигиеналық талаптарын сақтай білудің тәрбиесіне негізделген. Міндетті түрде жетілдірілген, сонымен қоса әрбір пациентпен стоматологиялық салондарда жеткілікті түрде әңгімелер өткізу керектігіне және аурудың дұрыс профилактикасын қалыптастыруға бағытталған.

### Summary

#### SOME ASPECTS OF PREVENTION OF PERIODONTAL DISEASES

Y.A. Zavorohina, T.M. Tokanov, K.M. Pilipenko, M. Ganzha

Problems associated with periodontal disease, and always relevant, especially in our region, where the number of such diseases is high enough. Prevention of periodontal disease using intact to preserve functionally complete teeth and periodontal

*tissue from the patient. Prevention is based on hygienic care of oral care. Must be qualified and, at the same time, the available interview with each patient dental Salon aimed at creating the right approach to prevention of periodontal diseases.*

Общая задача профилактики стоматологических заболеваний состоит в улучшении и укреплении орального здоровья населения, увеличении численности граждан со здоровой зубочелюстной системой. Особенно это актуально для нашего региона, где (по статистическим данным нашего салона) заболевания пародонта встречаются примерно у 40% обратившихся за стоматологической помощью пациентов.

Первичная профилактика в пародонтологии включает комплекс мероприятий, направленных на обеспечение и поддержание здоровья, а также специфическую защиту тканей полости рта от воздействия факторов риска. В целом профилактика болезней пародонта направлена на сохранение интактных, функционально полноценных зубов и тканей пародонта у пациента. Профилактика основана на гигиеническом воспитании населения по уходу за полостью рта, начиная с детских лет и на протяжении всей жизни.

Умелое и качественное очищение ротовой полости, уменьшение количества мягкого микробного налета в профилактике болезней пародонта занимают основное место. Вот почему так важно, чтобы стоматологи прививали пациентам уже с детства правильные методы очищения ротовой полости и особенно межзубных промежутков. К сожалению, в большинстве случаев имеется чисто формальный подход населения к чистке зубов и, несмотря на массовое использование зубных щеток и паст, наблюдается рост зубных отложений и пародонтальной патологии. Подавляющее большинство людей не в полном объеме информированы о средствах и методах гигиены полости рта и даже не знают о существовании многих из них. Поэтому врачи-стоматологи нашего салона систематически информируют пациентов о том, что:

- Неправильная гигиена обуславливает накопление вредных микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности в полости рта.
- Местное нарушение трофики тканей пародонта, микробы и их токсины обуславливают нарушение микроциркуляции в периодонте, изменение состояния капилляров и всей периферической системы кровообращения.
- Над- и поддесневые зубные отложения отягощают воспаление тканей маргинального пародонта.
- Нарушение буферного равновесия в полости рта, сдвиг pH от нейтрально-щелочной в кислую сторону в результате жизнедеятельности микроорганизмов, способствует развитию заболеваний.
- Изменение свойств и состава слюны, увеличение ее вязкости способствуют образованию зубного налета и камней.
- Не леченые зубы и очаги одонтогенной инфекции опасны для пародонта.
- Нарушения питания и курение как факторы риска предрасполагают к заболеванию пародонта.
- Дефекты протезирования, нависающие края пломб и другие местные травмирующие факторы должны своевременно устраняться.

- Окклюзионная травма приводит к перегрузке отдельных участков зубной дуги, что выражается в перегрузке пародонта и перераспределении напряжений в нем.

- Отсутствие зубов-антагонистов, в том числе частичная адентия, также определяют перераспределение нагрузок и напряжений в периодонте, что приводит к образованию в нем травматических узлов.

- Нарушение прикуса также играет важную роль в изменении нормального стоматологического и биомеханического статуса полости рта, что неизбежно сказывается на состоянии тканей пародонта.

Чрезвычайно важно подчеркнуть, что перечисленные обстоятельства неблагоприятны для пародонта и негативно сказываются на состоянии организма в целом.

Главная цель профилактики заболеваний пародонта - предупредить образование или уменьшить количество имеющегося бактериального налета, микроорганизмы которого играют роль пускового механизма в возникновении пародонтальной патологии.

Силами врачей-стоматологов нашего салона, в период с 20.02.12г. по 20.03.12г. был проведен профилактический осмотр 36 пациентов с заболеваниями пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). При первичном осмотре был проведен опрос этих пациентов, в ходе которого выяснилось, что более 80% пациентов (29 человек) не знают о роли недостаточной гигиены в развитии данных заболеваний, о средствах гигиены, которые необходимо использовать, о регулярном посещении врача-стоматолога.

Были диагностированы заболевания, проведено лечение, проведена беседа о методах и средствах профилактики. Индивидуально были подобраны средства гигиены, рекомендовано повторное обращение к стоматологу через месяц. На повторный осмотр после окончания лечения обратились 12 человек из данной группы. Заболевания находятся в стадии стойкой ремиссии. Со слов пациентов, рекомендации выполняются.

Хочется еще раз подчеркнуть, что в отношении профилактики заболеваний пародонта информированность пациента о средствах гигиены полости рта, о факторах риска возникновения заболеваний пародонта, об их проявлении, играет немаловажную роль. И мы хотим добавить, что проблему профилактики заболеваний пародонта следует решать не только при активном участии врачей-стоматологов, но и терапевтов, педиатров, ортопедов, хирургов.

#### **Литература:**

1. Барер Г.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение : учеб. пособие / Г.М. Барер, Т.Н. Лемецкая. М.: ВУНМЦ, 1996. - 86с.
2. Утюгин И.А. Особенности лечения воспалительных заболеваний пародонта у 40-50 летних пациентов / И.А. Утюгин, Г.И. Ронь // Пародонтология.- 2003.- №3.- С.36-41.
3. Вольф Г.Ф. Пародонтология / Г.Ф. Вольф, Э.М. Ратейцхак, К. Ратейцхак.- М.: МЕДпресс-информ, 2008.- 548с.

УДК 616.31+614.23

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРИГОДНОСТЬ СТОМАТОЛОГОВ

Н.Б. Хайдарова

*Государственный медицинский университет города Семей,  
кафедра стоматологических дисциплин**Тұжырым  
СТОМАТОЛОГТАРДЫҢ КӘСІБИ ЖАРАМДЫЛЫҒЫ  
Н.Б. Хайдарова**Стоматологиялық мамандарды даярлау жоғарғы оқу орында білім беру сәтпәсіні байланысты.**Summary  
PROFESSIONAL CAPABILITY OF STOMATOLOGIETS  
N.B. Khaidarova**Jeaching quality in the weiversty depends an the level of motivation to learning in appropriate stomatology specialties.*

Понятие профессиональная пригодность подразумевает: во-первых, действительную готовность к выполнению функций, предусмотренных данным видом профессиональной деятельности, как соответствие между ее требованиями и личностью профессионала, во вторых, принципиальное соответствие личности кандидата требованиям профессионального обучения и последующей профессиональной деятельности. Центральное место в этом понятии занимают личностные качества, которые складываются, как структурные образования личности в основном еще до начала профессионального обучения.

Изучение психотипа студента-первокурсника в соответствии с выбранной им профессией врача-стоматолога мы проводили по методике американского психолога Д. Голланда «Самонаправленный поиск», которая разработана специально для оптимального планирования профессиональной карьеры, а также использовали тест Томаса, направленный на оценку развития коммуникативных навыков. В методике по Д. Голланду мы попробовали упорядочить различные социологические и психологические знания о личности. Автор выделяет шесть типов личности: - реалистический (Р) тип, обладает хорошими психомоторными навыками, изобретательностью, эмоциональной стабильностью; - исследовательский (И) тип склонен к рациональному логическому анализу (независимость высокая самомотивация); социальный (С) тип имеет хорошо развитые навыки общения, слушания, взаимодействия с людьми, кроме того, для него характерны гуманистичность, этичность, ответственность; предпринимательский (П-Т) тип обладает организаторскими способностями, стремится к позиции лидера; - конвенциональный (К); артистический (А). И три типа профессиональной среды: деятельность; - способность, - карьера.

По Голланду приводились коды профессий стоматологического профиля: так, для врача терапевта-стоматолога характерен код ИРС; для стоматолога-ортопеда – РСР; для стоматолога-хирурга – ИРП. Первая буква кода указывает на тип личности, которому испытуемый соответствует больше всего, вторая - на тип личности, которому испытуемый соответствует чуть меньше, и третья - на тип личности с еще меньшим соответствием. К примеру, по Голланду код терапевта-стоматолога ИРС, т.е. исследователь реалистического толка, с высокой коммуникативной компетентностью и склонный к независимой самостоятельной работе, с опорой на самого себя; эрудированный, сдержанный, методичный, кропотливый. Предпочитаемым видом деятельности этого типа является: - сбор информации,

ее систематизация, анализ; - выдвижение гипотез, разбор теорий, т.е. склонность к аналитической работе.

Для хирургов-стоматологов (код ИРП), помимо перечисленных качеств исследовательского типа просматривается амбициозность, лидерские способности, с хорошо развитыми навыками межличностного взаимодействия в маленьком коллективе. Очевиден и предпочитаемый вид деятельности, в том числе на первом месте использование инструментов, требующих точности, ловкости, тонкой моторной координации, а также деятельность, которая дает осязаемый результат, решения конкретной задачи. Этот тип отличает физиологические свойства, хорошие психомоторные навыки, изобретательность. Из личностных качеств и ценностей важная - эмоциональная стабильность, надежность, уверенность в себе и склонность к поддержке традиционных ценностей.

Код РСР для стоматолога-ортопеда очевиден. Это, прежде всего, четкая регламентация работы, конформность, упорство, настойчивость, хорошие психомоторные реакции и навыки, т.е. это тип скорее «мужской», стабильный, ориентированный на настоящее, выполнение конкретной, не абстрактной задачи.

Для оптимального соответствия будущей профессии врача-стоматолога, что предлагает наличие высокой коммуникативной компетенции и конформности, необходима модель РИС (реалистический – исследовательский - социальный).

На рис. 1 показаны результаты исследования студентов первого курса стоматологического факультета СГМУ г. Семей (2011-2012г.г.).

У 38% студентов был недостаточно определен круг интересов (они имели примерно одинаковые суммы баллов по различным шкалам), как правило, эти люди, которые плохо сознавали, что они хотят от своей профессиональной карьеры, и именно на их мотивации можно повлиять на процесс обучения. Исследования, ранее проведенные на курсе терапевтической стоматологии СГМУ г. Семей, показали четкую связь между выбором профессии и изменением мнения в лучшую сторону в результате обучения в ВУЗе. На уровень мотивации к обучению положительно влияли следующие факторы: сформированность и адекватность представления о будущей профессии, самореализация, самоутверждение, развитие способностей, хороший уровень теоретической подготовки. Вместе с тем, негативное влияние оказывали такие факторы, недостаточное количество учебных часов, низкое материально-техническое оснащение учебного процесса, отсутствие клинических баз для обучения студентов.

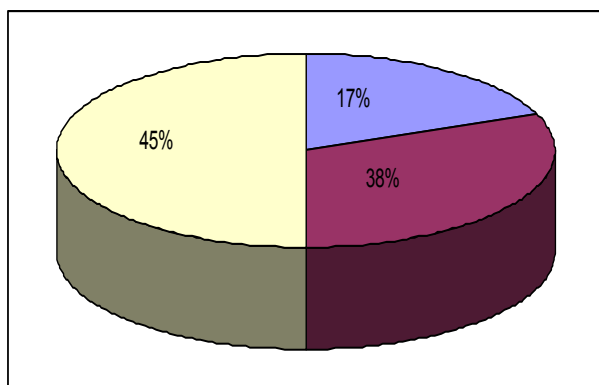


Рис.1 Соответствие психотипа студента I курса выбранной профессии

17% студентов первокурсников не соответствовали коду профессии. То есть выполняли профессиональную деятельность, не соответствующих их типу, что вело к появлению чувства неудовлетворенности, низкой мотивации.

45% студентов имели представление о своей профессии, имели понятие о структуре профессии и положительную мотивацию.

Таким образом, в большей степени от качества преподавания в ВУЗе (а это не только высокий уровень теоретической подготовки, но и хорошая материально-техническая база) зависит уровень мотивации к обучению студентов, соответствующих стоматологических профессий 57% имели код ИРС - характер для стоматолога-терапевта; 15% - РСП - для стоматолога ортопеда; 28% - ИРП - для стоматолога-хирурга (Рис. 2).

Для определения коммуникативных навыков студентов-первокурсников использовали тест Томаса. Оценивалось умение выходить из конфликтной ситуации, ведущая стратегия поведения в условиях противоречия. Существует пять способов поведения в ситуации конфликта: - соперничество; - сотрудничество; - компромисс; - избегание; - уступчивость.

Очевидно, что оптимальным вариантом явилось сотрудничество, компромисс; недопустимы соперничество, уступчивость, нежелательно - избегание.

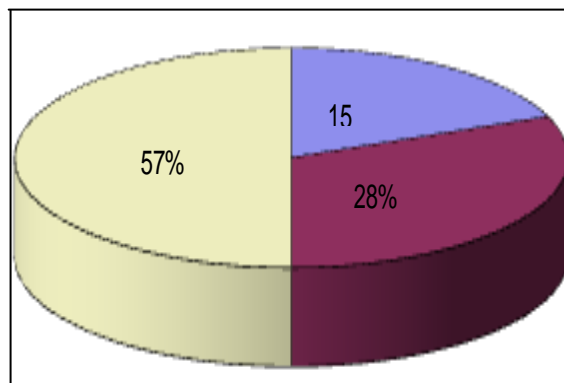


Рис.2. Распределение студентов, соответствующих стоматологических профилей, кодам выбранной профессии

Среди первокурсников «неправильное» поведение демонстрировали 44%; (уступчивость - 16%, соперничество - 28%); 43% умели «правильно» вести себя в конфликтной ситуации (сотрудничество - 26%, компромисс - 17%), 13% старались уйти от решения проблемы.

Таким образом, 57% студентов нуждались в корректировке поведения, так как умение устанавливать доверительные контакты с пациентами разного типа является одной из главных составляющих профессионала с большой буквы.

#### Литература:

1. Кудряшов А.Ф. Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации.- Петрозаводск, 1992. - с.222-228.
2. Кудрявцева Т.В. Исследование формирования профессиональной мотивации у студентов.- Пародонтология, № 4 (14), 1999, с.45-47.
3. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В. Стоматологическая деятельность.- М.: Медицинская книга, 2005.-192с.
4. Максимовский Ю.М. Подготовка стоматологических кадров в ВУЗЕ.- Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии». - Москва, 24-26 апреля 2001г.- с.257-265.

УДК 616.9+616.34

## ЧАСТОТА ДИСБАКТЕРИОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОПОРТУНИСТИЧЕСКИМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

О.А. Заворохина, Ю.А. Заворохина, Г.Т. Ахмадуллина, Н. Гоосен, Л.А. Эрайзер, Ж.С. Капасова

Государственный медицинский университет города Семей, Стоматологический салон «Дантист», г. Семей, Бактериологическая лаборатория при детской инфекционной больнице, г. Семей КДП "In vitro", г. Семей, ОЭН за ВБИ, ГУ управления ГСЭН МЗ РК ВКО

#### Тұжырым

### ЭТИОЛОГИЯСЫ ӘР ТҮРЛІ ОПОРТУНИСТИК ІШЕК ИНФЕКЦИЯЛАРЫМЕН БОЛАТЫН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ДИСБАКТЕРИОЗ ЖИЛІГІ

О.А. Заворохина, Ю.А. Заворохина, Г.Т. Ахмадуллина, Н. Гоосен, Л.А. Эрайзер, Ж.С. Капасова

Оппортунистік инфекцияның өзектілігінің мониторингісі бүгінгі күнде сақталған, себебі ішек ауруларының саны ересек адамдармен қоса балалар арасында да азаймай отыр. Басқа жағынан қарастыратын болсақ, осы аурулардың этиологиялық құрамын зерттеуде ішек микрофлорасының жағдайын есепке алмай қарастыру мүмкін емес. Біздің жасаған зерттеулерімізде осы аурулардың ішектің дисбиоз құбылысымен байланыстылығын балалар тобында да сонымен бірге ересектерде де болатындығын көрсетті.



Summary

**THE FREQUENCY OF PATIENTS WITH OPPORTUNISTIC INTESTINAL INFECTIONS OF DIFFERENT ETIOLOGY**

**O.A. Zavorohina, Y.A. Zavorohina, G.T. Akhmadullina, N. Goosen, L.A. Eraizer, Zh.S. Kapasova**

The relevance of monitoring of opportunistic infections, because the number of intestinal diseases has not diminished, among both children and adults. On the other hand, the study of etiological components of these diseases cannot be considered without taking into account the State of the intestinal microflora. Our studies have demonstrated a relationship between these diseases with disbioz bowel syndrome, both among children and adults alike.

**Актуальность.** Нарушение количественного и качественного состава микрофлоры кишечника – дисбактериоз - является широко распространенным известным явлением. Дисбактериоз существенно понижает качество жизни, так как становится причиной многих нарушений, как функционального состояния кишечника, так и общего состояния здоровья. Данные о частоте и распространенности дисбактериоза имеет большое значение для инфекционистов, врачей общей практики и других медицинских специальностей.

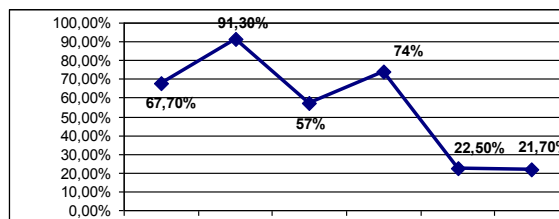
**Цель исследования:** провести бактериологический анализ испражнений пациентов с острыми кишечными инфекциями для обнаружения предполагаемого нарушения нормальной микрофлоры толстого кишечника (дисбактериоз), а также для выявления этиологического фактора данной патологии.

**Материал и методы.** Мы проанализировали результаты бактериологической диагностики пациентов с диареями. Всего было обследовано 139 человек. Из них 46 взрослых и 93 детей. Бактериологический анализ включал исследования количественного и качественного состава микрофлоры кишечника, в том числе нормофлоры и предполагаемых возбудителей острой кишечной инфекции.

В бактериологии нарушение нормальной микрофлоры кишечника определяется количественным методом. При этом учитывают, что нормальное количество бифидумбактерий и лактобактерий должно составлять не менее  $10^9-10^{10}$  КОЕ (колониеобразующих единиц), а количество кишечной палочки не менее  $10^8-10^9$ .

Показатели количества бифидумбактерий и лактобактерий менее  $10^7-10^{10}$ , а кишечной палочки – менее  $10^5-10^7$  указывают на недостаточное количество нормальной микрофлоры. С другой стороны количественные показатели условно-патогенной микрофлоры более  $10^4-10^5$  считаются выше нормы, установленной для этих обитателей толстого кишечника.

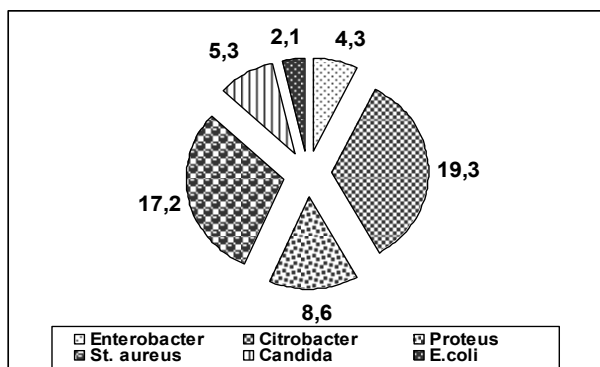
**Результаты и обсуждение.** Анализ полученных результатов показал, что у 42 взрослых (91,3%) и у 63 детей (67,7%) понижено содержание лактобактерий, у 34 взрослых (74%) и у 53 детей (57%) понижено содержание бифидумбактерий, у 10 взрослых (21,7%) и 21 детей (22,5%) – недостаточное количество кишечных палочек в содержимом толстого кишечника (рис. 1)



**Рис.1 Сравнительная частота случаев дисбактериоза среди детей и взрослых**

Сопоставление этих данных демонстрирует тот факт, что среди взрослого населения число случаев дисбактериоза выше, что согласуется с представлениями о том, какие причины обуславливают нарушение числа микроорганизмов - полезных сожителей человека.

С другой стороны, при бактериологическом анализе испражнений выявлено повышенное, по сравнению с нормой, содержание группы условно-патогенных кишечных бактерий, таких, как Citrobacter, Enterobacter, Proteus, кроме того выявляют Pseudomonas aeruginosa (синегнойная палочка), Staphylococcus aureus (золотистый стафилококк), грибки рода Candida. Так, высокое содержание условно-патогенных кишечных бактерий было обнаружено у 38 взрослых (82,6%) и у 14 детей (15%), золотистого стафилококка – у 4 взрослых (8,6%) и у 16 детей (17,2%). Условно-патогенные грибки рода Candida: у 2 взрослых (4,3%) и у 5 детей (5,3%). Кроме того, у 2 взрослых выявлена синегнойная палочка.

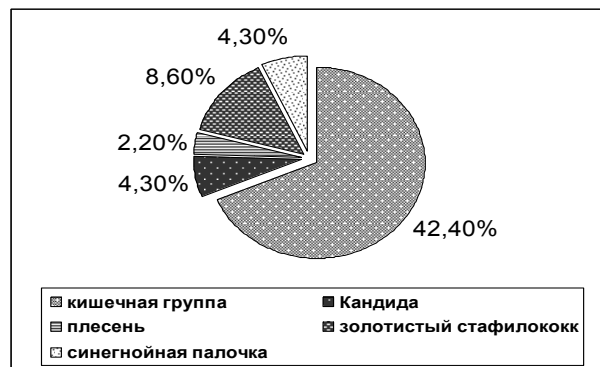


**Рис.2. Пейзаж условно-патогенной микрофлоры у детей с острыми кишечными заболеваниями и пониженным содержанием нормофлоры.**

Сравнение этих данных позволяет выявить прямую зависимость между дисбактериозом и высоким содержанием в кишечнике условно-патогенной микрофлоры.

**Литература:**

1. Бегайдарова Р.Х., Кизатова Н.Т., Балтынова Р.З., Кошерова Б.Н., Кузнецов А.Н., Оспанова К.С. Состояние микробиоценоза кишечника у детей при кишечных ин-



**Рис.3. Пейзаж условно-патогенной микрофлоры у взрослых с острыми кишечными заболеваниями и пониженным содержанием нормофлоры.**

фекциях // Формирование здорового образа жизни – приоритетные направления реализации стратегии «Казахстан-2030»: Сб. мат. респ. науч.-теоретической конф. – Астана. 16 февраля 2000.

2. Бондаренко В.М., Учайкин В.Ф., Мврашова А.О. и др. // Дисбиоз: современные возможности профилактики и лечения. – М., 1995.

УДК 616.097+325.51

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ

С.Б. Имангазинов, М.Е. Сорокина, А.Н. Жапарбеков, Г.Ж. Хасенова, А.М. Асылханова

*Государственный медицинский университет города Семей  
Павлодарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Павлодар*

### Тұжырым АҚТҚ-ЖҰҚПАСЫ БАР ТҰЛҒАЛАРДЫҢ ПЕНИТЕНЦИАРЛЫ ЖҮЙЕДЕГІ РЕТРОВИРУСКЕ ҚАРСЫ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ТАЛДАУЫ

С.Б. Имангазинов, М.Е. Сорокина, А.Н. Жапарбеков, Г.Ж. Хасенова, А.М. Асылханова

*АҚТҚ өз алдына АҚТҚ-жұқпасының кең ауқымды індеті белгіленбейтін мемлекеттерде де адамдар үшін үлкен қауіп тудырады. Дегенмен сонымен бірге сотталғандар арасындағы АҚТҚ-ның аурушаңдылық деңгейі түрмелерден тыс халық арасындағы деңгейге қарағанда аса жоғары. Мақалада Павлодар облысының бас бостандығынан айыру мекемелерінде жазасын өтеп жатқан АҚТҚ-жұқпасы бар тұлғалардың ретровируске қарсы терапиясы тиімділігі және комплаенттілігінің анализі келтірілген.*

### The resume ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF ANTIRETROVIRAL THERAPY OF HIV-INFECTED PATIENTS SERVING THEIR SENTENCES IN PRISONS

S. Imangazinov, M. Sorokina, A. ZHaparbekov, G. Hasenova, A. Asylkhanova

*HIV seriously threatens mankind, even in countries where the large-scale epidemic of HIV-infection is not observed. At the same time HIV morbidity level is much higher among the prison community than in the population outside the prisons. This article provides an analysis of the effectiveness and compliance of antiretroviral therapy of HIV-infected patients serving their sentences in prisons of Pavlodar region.*

ВИЧ представляет собой серьезную угрозу для людей, даже в странах, в которых не отмечается широко-масштабная эпидемия ВИЧ-инфекции. Но при этом уровень заболеваемости ВИЧ среди заключенных намного выше, чем среди населения за пределами тюрем. Употребление инъекционных наркотиков является движущим фактором распространения эпидемии в местах лишения свободы. Доля лиц, выявляемых в пенитенциарной системе, ежегодно составляет в среднем около 30% в структуре зарегистрированных случаев, что является свидетельством ухудшения ситуации в некоторых следственных изоляторах и исправительных учреждениях республики. Кумулятивно на конец 2011 года в Павлодарской области зарегистрировано 1763 ВИЧ-инфицированных, из них в пенитенциарной системе - 346 (19,6%) случаев ВИЧ-инфекции [1-3].

Сложившаяся эпидемиологическая ситуация требует улучшения принципов профилактических вмешательств в исправительных учреждениях. Без стабилизации ситуации в пенитенциарной системе, невозможно будет обеспечить стабилизацию и существенно снизить темпы прироста ВИЧ-инфекции среди общего населения. Для этого необходимо внедрение стратегии «Снижение вреда» пенитенциарной системе, которая будет направлена на замедление темпов распространения ВИЧ инъекционным путем. Одним из направлений этой программы является антиретровирусная терапия, на сегодняшний день доступная осужденным ВИЧ-инфицированным [4].

Целью проведенного исследования явилось изучение эффективности и комплаентности антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных, отбывающих наказание в местах лишения свободы (МЛС).

На 01.01.2012 г. в местах лишения свободы в Павлодарской области отбывают наказание 111 ВИЧ-инфицированных (все мужчины). По клинико-иммунологическим показателям нуждаются в антиретровирусной терапии (АРТ) 35 ВИЧ-позитивных осужденных. Показаниями для назначения АРТ, согласно Протоколам диагностики, лечения и оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, являлись III – IV клиниче-

ские стадии ВИЧ-инфекции и снижение показателей CD<sub>4</sub> менее 350 кл/мкл. Доля получающих антиретровирусную терапию из числа нуждающихся составила 45,7%. Неполный охват АРТ объясняется отказом части ВИЧ-позитивных осужденных от терапии, так как лечение проводится на добровольной основе после проведения психосоциального консультирования и получения информированного согласия.

При проведении контроля эффективности АРТ в пенитенциарной системе, в 62,5% случаев наблюдается низкая приверженность осужденных терапии. Это приводит к клинической, иммунологической и вирусологической неэффективности АРТ, что подтверждается мониторинговыми исследованиями (CD<sub>4</sub>, вирусная нагрузка). Кроме того, при низкой приверженности формируются устойчивые штаммы вируса. Низкая комплаентность пациентов терапии зачастую объясняется тем, что осужденные пациенты соглашались на тритерапию только с целью получения каких-либо льгот (дополнительное питание, ослабление режимных моментов и др.), а на самом деле не принимают антиретровирусные препараты. Так, из 16 ВИЧ-инфицированных продолжающих антиретровирусную терапию в МЛС, только в 6-ти случаях (37,5%) отмечается иммунологическая и вирусологическая эффективность терапии, подтвержденная лабораторно (снижение показателей CD<sub>4</sub> и рост вирусной нагрузки в динамике). В 2-х случаях (12,5%) отмечается иммунологическая неэффективность АРТ, в 1-м (6,3%) - вирусологическая неэффективность. У 2-х пациентов (12,5%) наблюдается иммунологическая и вирусологическая неэффективность тритерапии, в связи с чем, планируется снятие пациентов с лечения по причине низкой приверженности АРТ. В 5-ти случаях (31,3%) момент отсутствует вирусологический и иммунологический контроль эффективности терапии по причине недавнего начала приема антиретровирусных препаратов пациентами (до 3-х месяцев). 3 ВИЧ-инфицированных (5,5%) были сняты с терапии в МЛС в связи с низкой приверженностью.

По освобождению из МЛС, пациенты самовольно прекращают прием антиретровирусных препаратов. Из

46 ВИЧ-инфицированных, когда-либо начавших лечение в МЛС, после освобождения продолжают получать антиретровирусные препараты только четверо пациентов

(8,7%). 15 (33,6%) ВИЧ-позитивных были сняты с АРТ по причине самоотказа сразу же после освобождения из МЛС (рисунок).

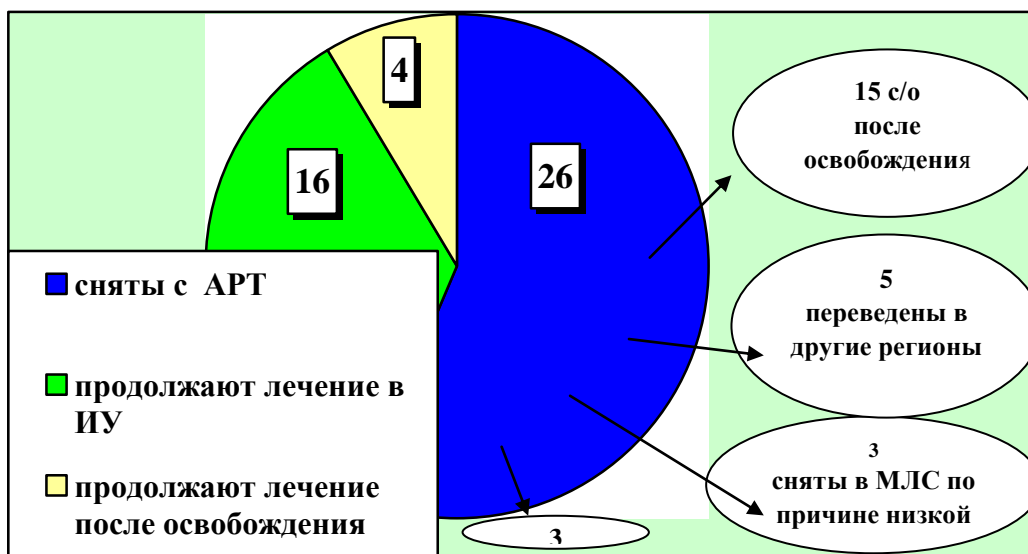


Рисунок – Приверженность АРТ в пенитенциарной системе.

Таким образом, образовательная работа по приверженности антиретровирусной терапии осужденных ВИЧ-инфицированных носит ограниченный характер. Необходимо более активное внедрение в местах лишения свободы программ по повышению уровня знаний, увеличению доступа программам снижения вреда и консультированию по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа, а также приверженности АРТ среди ВИЧ-инфицированных.

**Литература:**

1 Сапарбеков М.К., Шуратов И.Х., Чакликов Т.Е. и др. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции в Казахстане. - Алматы, 2000. - 176 с.

2 Суетнов О.Н., Зинович Р.Н., Лавочкин В.М. Практическое руководство по организации работы по проблеме ВИЧ/СПИД: для специалистов санитарно-эпидемиологической службы. - Гомель: КИПУП «Сож», 2006. – 192 с.

3 ВИЧ-инфекция // Информационный статистический бюллетень РЦ СПИД. Годовой (2011). - Алматы, 2012. - 15с.

4 Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция Клиника и лечение. - СПб: ССЗ, 2000. - 370 с.

УДК 616-097-036.22+325.51

**ОБЗОР ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ – ИНФЕКЦИИ ЗА 2005-2011 ГОДЫ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОРОДА СЕМЕЙ**

Г.Н. Турарова

КГКП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», г. Семей

**Summary**

**THE VIEW OF EPIDEMICAL SITUATION OF HIV FOR 2001-2011 YEARS IN PRISONS OF SEMEY**

G.N. Turarova

In the prisons of Semey of keeps all conditions for distribution of HIV by parenteral and sexual ways. For keep the risk down of distribution HIV nessesary to enter changing of the syringes bor injection users in prisons. Question of propaganda of using condoms and ensuring them for all to stay actual in the profilaction of HIV.

**Тұжырым**

**СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ТҮЗЕУ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ 2000-2011Ж. АҚТҚ-ЖУҚПАСЫ ЖӨНІНДЕГІ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫҢ ШОЛУЫ**

Г.Н. Турарова

Семей қаласының пенитенциар жүйесінде АҚТҚ паренталдық және жыныстық жолдарымен таралуына жағдайлар сақталған. АҚТҚ жұқпасының таралуын төмендету мақсатында қылмыстық – атқару жүйесіндегі есірткіні ине арқылы қолданатындар арасында шприц ауыстыру тәжірибесін енгізу қажеттілігі туды. АҚТҚ жұқпасының алдын-алу шараларын ұйымдастыруында ең маңызы мүшеқап қолдану және оларға қол жеткізу.

**Актуальность.** В г.Семей Восточно-Казахстанской области, как и в других регионах Республики Казахстан, эпидемия ВИЧ – инфекции распространяется преимущественно в группах населения высокого риска, прежде всего, среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и заключенных. Уровень реального распространения ВИЧ в этих двух группах значительно выше, чем среди остального населения. Доля наркопотребителей среди лиц, содержащихся в тюрьмах, достигает 60-70%. Популяция осужденных является криминогенной средой и представляет из себя группу риска по заболеваемости ВИЧ – инфекцией. Употребление наркотиков, а также практика сексуальных отношений между мужчинами имеют место в местах лишения свободы. Многие потребители наркотиков отбывают тюремное наказание неоднократно. Немало заключенных попадает в тюрьму уже инфицированными ВИЧ. Но есть также факты, подтверждающие заражение ВИЧ инфекцией во время отбывания наказания в местах лишения свободы. Частое использование общего шприца, а значит, зараженного инструментария для инъекций является основным путём передачи ВИЧ среди заключенных.

**Материалы.** Отчеты Центра по профилактике и борьбе со СПИД г.Семей за 2005-2011 годы по эпидситуации по состоянию на 01.01.2012 года; результаты дозорного эпидемиологического надзора среди осужденных за 2010-2011 годы.

**Методы.** Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости населения г. Семей за 2005-2011 годы.

**Цель исследования.** Динамика изменений в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции среди осужденных г. Семей Восточно-Казахстанской области, произошедшие за период с 2005 года по 2011 год.

На территории г.Семей расположено 4 исправительных учреждения. Кумулятивно на 01.01.2012 г. в г. Семей зарегистрировано 213 случаев ВИЧ - инфекции, из них 137 случаев (64,3%) приходится на пенитенциарную систему. Вместе с тем необходимо отметить, что доля осужденных в общей структуре ВИЧ-инфицированных из года в год, начиная с 2009 года, стабильно уменьшается. Так, в 2005 году доля осужденных в общей структуре ВИЧ-инфицированных составляла 94,4%, в 2009 году - 66,7%, в 2011-32%, при этом, соответственно, увеличилось число инфицированного гражданского населения.

В возрастной характеристике, как и раньше, преобладают молодые люди в возрасте 20-39 лет (79,5%). Значительные изменения за рассматриваемый период произошли в путях передачи ВИЧ. Учитывая специфичность поведения людей, оказавшихся в пенитенциарных учреждениях, определяется ряд факторов риска, которые способствуют распространению ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях. До 2009 года основным путем передачи являлся парентеральный путь при повторном использовании нестерильного инструментария для инъекций наркотиков и составлял 90-100%. В 2010 году он составлял уже 85,7%, а в 2011 году - уменьшился до 44,4%. Напротив, возрос удельный вес полового пути передачи. В результате незащищенного анального

секса инфицировалось в 2009 году - 5,9% осужденных, в 2010 - 14,3%, а в 2011 году возрос до 33,3%.

С целью изучения этих факторов и степени их риска было проведено в 2011 году анонимное анкетирование и скрининг 390 осужденных области. До 83% респондентов составили лица в возрасте 25 лет и старше. А именно на этот возраст приходится около 80% всех зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. Большинство осужденных (73,6%) имели среднее образование. До 50% респондентов употребляли наркотики внутривенно. Около 27% лиц, употребляющих наркотики, используют чужой, а значит нестерильный шприц. В среднем 32% осужденных указали на наличие гомосексуальных контактов. При высокой доступности презервативов (81,8%) только 29% респондентов при сексуальных контактах используют презервативы. У 12,6% опрошенных в течении 6 месяцев наблюдались симптомы ИППП. Только 48,7% опрошенных показали высокий уровень знаний о путях передачи ВИЧ – инфекции. По результатам скрининга распространённость ВИЧ-инфекции составила 6,2%, сифилиса 7,9%, вирусного гепатита С - 49,7%, что отражает факторы поведенческого риска осужденных, поскольку вышеперечисленные инфекции передаются парентеральным и половым путём.

**Вывод:** Уровень распространенности ВИЧ среди спецконтингента значительно превышает таковой в других группах населения. Однако, в связи с проводимой информационно-образовательной работой и усиления режимных мер в учреждениях уголовно-исполнительной системы, начиная с 2008 года, отмечено стабильное снижение регистрации среди осужденных новых случаев ВИЧ. Вместе с тем, высокая распространенность ВИЧ-инфекции и гепатита С свидетельствует о большой доли наркопотребителей в исправительных учреждениях. Низкий уровень использования презервативов способствовал увеличению полового пути передачи за 2009-2011 гг. в 5,6 раз.

Осужденные при достаточно высокой степени инфицированности о путях передачи, не меняют рискованных форм поведения. И поэтому, в целях снижения риска распространения ВИЧ-инфекции, реально назрела необходимость вводить обмен шприцев для потребителей инъекционных наркотиков, содержащихся в исправительных учреждениях. Вопрос пропаганды использования презервативов и обеспечение их всеобщей доступности остается актуальным в организации профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции.

#### **Литература:**

1. Проблемные вопросы ВИЧ/СПИД для стран Восточной Европы и Центральной Азии. Онищенко Г.Г. Вестник РАМН, г. Москва, 2008
2. Серологический и поведенческий надзор за распространением ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан. Методические рекомендации. Астана, 2001 год.
3. Основы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. Пособие для преподавателей, г. Алматы, 2010год. Крюкова В.А., Ганина Л.Ю., Сапарбеков М.К.
4. «Информационный бюллетень Центра по профилактике и борьбе со СПИД г.Семей» за 2000-2011 годы.

УДК 616.24-002.5-097

**ЦИТОКИНОВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ****К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.Ж. Конкакова, Л.П. Бритенкова,  
Б.К. Жаркенова, Н.Б. Нурғалиев, И.М. Байльдинова****Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра фтизиатрии****Резюме**

Результаты исследования свидетельствуют о том, что показатели естественного иммунитета обнаруживают различные значения в зависимости от клинической формы туберкулеза легких. То же касается иммунного статуса. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких выявилось наличие достоверной отрицательной коррелятивной связи между внутриклеточным содержанием катионных белков и концентрацией МПО в сыворотке крови. При других формах туберкулеза эта закономерность не отмечалась. Установлено, что более интенсивная дегрануляция азурофильных гранул нейтрофильных гранулоцитов происходит за счет МПО. Активность системы мононуклеарных фагоцитов, от которой можно судить по увеличению продукции ИЛ-8, приводит к увеличению содержания внеклеточных катионных белков ЛФ и МПО. Активация Т-хелперов типа 1, напротив, приводит к уменьшению этих показателей.

**Тұжырым****ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІ КЕЗІНДЕГІ ОРГАНИЗМНІҢ ИММУНДЫҚ ЖАУАБЫНЫҢ ЦИТОКИНДІК РЕГУЛЯЦИЯСЫ****К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.Ж. Конкакова, Л.П. Бритенкова,  
Б.К. Жаркенова, Н.Б. Нурғалиев, И.М. Байльдинова**

Фиброзды-кавернозды өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың қанынан миелопероксидаза мен катиондық белоктардың теріс коррелятивтік байланысы бар екені анықталды. Өкпе туберкулезінің басқа түрімен ауыратын науқастардың қанынан мұндай заңдылық анықталған жоқ. ИЛ-8-дің деңгейіне қарай отырып мононуклеарлы фагоциттердің активтілігін анықтауға болады. Осы ИЛ-8-дің деңгейінің науқастардың қанында жоғарлауы клетка сыртында орналасқан катиондық белоктар лактоферрин мен миелопероксидазаның жоғарлауына себеп болады, ал 1-ші типке жататын Т-хелперлік лимфоциттердің активтілігінің жоғарлауы, керісінше, клетка сыртында орналасқан катиондық белоктар лактоферрин мен миелопероксидазаның деңгейінің төмендеуіне әсер етеді.

**Summary****CITOKIN REGULATION IMMUNOESPON ANSWER AT TUBERCULOSIS LIGHT****K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, Zh.Zh. Konkakova, L.P. Britenkova,  
B.K. Zharkenova, N.B. Nurgaliev, I.M. Baylidinova**

Cytokines regulation of immunoespon at pulmonary tuberculosis. The results of investigation of natural immunity, was had differen means wreh depends on clinical form of pulmonary tuberculosis. At fibrow awernows pulmonary tuberants was obtained reliable nequitive correlahives lirk between intracellure contebs cation protein and concentration MPO in serum of blood. At other form of tuberculosis this law wasnot marked. Activiry mononuclears phaocytissystem, whih it s possible by inerasing of secretion IL-B, leads to increase of deegree cations proteins LF in MPO. Activation of l-helper of tupes – op-pose, leads to redse of these parameters.

Туберкулез развивается и протекает тяжело при нарушении клеточного иммунного ответа со стороны макрофагов и лимфоцитов. В литературе имеются факты об участии нейтрофильных гранулоцитов в противотуберкулезном иммунитете. Механизмы антибактериальной активности нейтрофилов связано с катионными белками участвующими в реализации комплекса защитных реакций при фагоцитозе, воспалении, стрессе. В число антимикробных соединений входят миелопероксидаза (МПО), лактоферрин (ЛФ) и другие белки. Цитокиновая регуляция иммунного ответа при туберкулезе не вызывает сомнений. При деструктивных формах туберкулеза легких резко увеличивается спонтанная и индуцированная продукция ИЛ-8, что привлекает внимание к изучению системы нейтрофильных гранулоцитов, которые являются мишенью для этих цитокинов (1-3).

Целью настоящего исследования явилось определение защитных факторов системы нейтрофильных гранулоцитов и их связи с особенностями клеточного иммунного ответа при разных формах туберкулеза легких.

**Материалы и методы**

Материалом служили 61 пациент с различными формами туберкулеза легких. Среди которых инфильтративный туберкулез легких составил 33, кавернозный – 3, диссеминированный – 9, очаговый – 3, фиброзно-кавернозный – 9, казеозная пневмония – 4. Этим больным проведено клиническое, рентгенологическое, бактериологическое и иммунологическое исследования.

Результаты и обсуждение

Возраст больных составлял 23-59 лет. При поступлении бактериовыделение обнаружено у 67,2% пациентов, наличие каверн у 86,2%, симптомы интоксикации – у 54%. Только у 15 больных были выявлены поражения легких ограниченной протяженности (в пределах 1-2 сегментов), у остальных имелись долевыми и полисегментарные поражения. С целью изучения прогностической значимости определяемых показателей больные были разделены на 3 группы: 1-я группа – 15 пациентов с отсутствием положительной клинико-рентгенологической динамики или прогрессирующим процессом, 2-я группа – 24 больных с незначительной положительной динамикой, 3-я группа – 22 больных с выраженной положительной динамикой. Изучение ИЛ-8, индуцирующего хемотаксис и дегрануляцию нейтрофилов показало, что его уровень в сыворотке, а также спонтанная продукция мононуклеарами крови у больных инфильтративным туберкулезом

(1153,5±486,2 и 19027,2±3125,2 нг/мл соответственно) выше, чем у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом (500,0±500,0 и 8800,0±4000 нг/мл). Однонаправленные изменения продукции ИЛ-8 и содержания внеклеточных МПО и ЛФ у больных инфильтративным и фиброзно-кавернозным туберкулезом свидетельствуют о том, что эти защитные факторы взаимосвязаны. Выявлена прямая корреляция между содержанием внеклеточной МПО и продукцией ИЛ-8, индуцированной липополисахаридом (ЛПС=R=+0,37) у больных инфильтративным туберкулезом. По-видимому, у этих больных, как и у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, уровень внеклеточных катионных белков в той или иной степени контролируется моноцитарно-макрофагальной системой, клетки которой являются основными продуцентами ИЛ-8. В отличие от этого резкое увеличение уровня внеклеточных катионных белков при казеозной пневмонии связано не с дегрануляцией нейтрофилов, а с их повреждением под влиянием высокой концентрации специфического антигена в крови больных или вследствие гиперчувствительности к этим антигенам. Результаты иммунологического исследования выявили угнетение клеточного иммунного ответа у всех пациентов: снижение абсолютного числа лимфоцитов CD3+ и снижение абсолютного числа клеток в иммунорегуляторных субпопуляциях Т-лимфоцитов CD4+ и CD8+. Наблюдались тенденции к повышению относительного и общего числа CD4± лимфоцитов у больных 3-й группы по сравнению с 1-й группой (28,0±2,2%; 458,37±48,1 кл/мкл и 23,5±1,8%; 406,2±55,2

кл/мл соответственно) и некоторое снижение числа CD8+ лимфоцитов (21,5±1,8%; 356,2±42,3 кл/мкл и 24,4±2,0%; 402,0±48,6 кл/мкл). Содержание В-лимфоцитов (CD20+) было во всех группах выше нормы, хотя наблюдалась тенденция к повышению их относительного числа у пациентов 1-ой группы (27,6±2,6%) по сравнению с аналогичным показателем у больных 2-й группы (22,6±2,1%). Абсолютное и относительное число клеток с рецепторами к ИЛ-2 (CD25+) было в границах нормы, за исключением высокого относительного числа CD25+ лимфоцитов у больных 3-й группы (29,1±3,2% при норме 13-24%). Отмечалась явная тенденция к увеличению относительного и абсолютного числа натуральных киллеров у больных с выраженной положительной динамикой в 3-й группе по сравнению с 1-й группой (27,3±4,3%; 432,2±73,3 кл/мкл и 18,5±1,9%; 327,5±39,4 кл/мкл).

#### Литература

1. Алешина Г.А. // Актуальные проблемы фундаментальных исследований в области биологии и медицины: Тезисы научной конференции. - СПб, 2000.-С.7
2. Литвинов В.И., Апт А.С., Еремеев В.В. и др. Иммунология и иммуногенетика // Фтизиатрия. Национальное руководство под ред. М.И. Перельмана. Москва.- 2007.-с. 105-111
3. Лядова И.В., Гергерт В.В. Реакции Т-клеточного иммунитета при туберкулезе: экспериментальные и клинические исследования // Туберкулез и болезни легких.- 2009.-№11.-с.9-1

УДК 616.24-002.5-097-612.121

## РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ИММУНИТЕТЕ

Р.С. Игембаева

Государственный медицинский университет города Семей  
Кафедра фтизиатрии

#### Резюме

У больных активным туберкулезом легких нарушается клеточный и гуморальный отдел иммунного ответа. Данный процесс характеризуется снижением количества в крови CD4 клеток и повышением уровня CD16 клеток, а также повышением уровня ИФН-γ и G иммуноглобулина.

#### Тұжырым

### ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ИММУНИТЕТТЕГІ ЦИТОКИНДЕРДІҢ АЛАТЫН ОРНЫ

Р.С. Игембаева

Активті өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың иммунитетінің клеткалық және гуморальдық бөлімдерінің жұмысы бұзылады. Бұл құбылыс осы аурулардың қанындағы CD4 клеткаларының санының азаюымен, ал CD16 клеткаларының және (ИФН-γ) гамма интерферон мен иммуноглобулин G-нің деңгейінің жоғарлауымен дәлелденеді.

#### Summary

### ROLE OF CYTOKINES IN THE AGAINST TUBERCULOSIS IMMUNITIES

R.S. Igembayeva

The received data testify that at active tuberculosis easy infringements not only cellular are observed, but also humoralis a link of immunity. It proves to be true increase in whey of blood of the maintenance of antibody G (IgG) - antibodies to M. Tuberculosis on a background of increase whey level IFN-γ and quantities of CD16-cells, and also the quantity of CD4-cells in peripheral blood is reduced.

Интерферон-γ обладает способностью повышать антигенпрезентирующую функцию макрофагов и усиливать цитотоксические реакции, опосредованные Т-лимфоцитами и NK-клетками. ИФН-γ принимает участие в поддержании гомеостаза при многих патологических процессах, в том числе и при туберкулезной инфекции.

Особое значение в патогенезе туберкулезной инфекции отводится IgG – антителам. Имеются сведения о том, что M. tuberculosis, попадая в организм, вызывают нарушение иммунорегуляции, характеризующееся повышением в периферической крови содержания молекул IgG, в которой недостает конечной галактозы (ага-

лактазил – IgG). Повышение выхода агалактазил – IgG коррелирует с иммунопатологическим ответом Т-активных клеток и цитокинов – медиаторов, вызывающих тканевые повреждения (1-3).

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи и взаимовлияния ИФН- $\gamma$  и IgG-антител к *M. Tuberculosis* в сыворотке крови больных активным туберкулезом и исследование их связи с некоторыми клинико-иммунологическими параметрами туберкулезной инфекции.

#### Материалы и методы

Материалом служили данные 20 впервые выявленных больных женщин инфильтративным туберкулезом легких, в возрасте от 30 до 55 лет. Программа обследования включала данные клинических, бактериологических, рентгенологических и иммунологических методов.

#### Результаты и обсуждение

Интоксикационный синдром (слабость, лихорадка, потливость, потеря массы тела) наблюдался у 9 (45%) пациенток. Локальные признаки туберкулеза органов дыхания (кашель, отделение мокроты, аускультативные изменения в легких) определялись у 10 (50%) больных. Деструктивные изменения в легочной ткани диагностировались у 11 (55%) больных, а бактериовыделение установлено методом посева у 8 (40%) пациенток. Таким образом, у равного числа пациенток отмечались относительно легкие и тяжелые деструктивные, полисегментарные процессы в легких с выраженным интоксикационным синдромом. Контрольная группа состояла из 16 здоровых лиц. Иммунологическое обследование включало определение сывороточного уровня ИФН- $\gamma$  и IgG-антител к МБТ, определение абсолютного и относительного числа CD4- и CD16- клеток в периферической крови до начала антибактериальной терапии. Для определения содержания ИФН- $\gamma$  применялась тест-система "Cytokin" (Санкт-Петербург) с использованием двух моноклональных антител с различной эпитопной специфичностью к ИФН- $\gamma$  в авидин-биотиновой системе. Чувствительность тест-системы составляла 20 пг/мл. Определение величины антимикобактериальных IgG-антител в количественном измерении проводилось с применением тест-системы «ИФА-Туб- IgG (Москва)».

В результате проведенного исследования установлено, что у больных активным туберкулезом легких в сыворотке крови наблюдался более высокий уровень ИФН- $\gamma$  – 475,7 $\pm$ 86 пг/мл по сравнению со здоровыми – 22,2 $\pm$ 10,9 пг/мл ( $p < 0,001$ ). Однако уровень ИФН- $\gamma$  в сыворотке крови больных туберкулезом имел большие индивидуальные колебания (от 0 до 740 пг/мл) и у 8

(40%) пациентов его сывороточный уровень был ниже порога чувствительности тест-системы (менее 20 пг/мл). У 5 из 8 этих пациентов отмечались полисегментарные процессы с наличием деструкции и бактериовыделения. Уровень ИФН- $\gamma$  у здоровых был значительно ниже и составлял от 0 до 105 пг/мл. Колебания индивидуальных значений сывороточного уровня IgG-антител к *M. tuberculosis*, составляли от 8 до 1000 пг/мл у больных туберкулезом, а среднее значение было 240,3 $\pm$ 105,4 мкг/мл, что оказалось достоверно выше, чем у здоровых (31,0 $\pm$ 4,8 пг/мл;  $p < 0,08$ ). Колебания индивидуальных значений IgG-антител к *M. tuberculosis* в сыворотке крови здоровых составляли от 0 до 70 мкг/мл. Проводилось изучение корреляционной зависимости сывороточного уровня ИФН- $\gamma$  с количеством IgG-антител к *M. tuberculosis* у больных туберкулезом и с некоторыми гематологическими показателями крови (величина СОЭ, содержание лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов в периферической крови) этих пациентов. Достоверная корреляционная зависимость установлена только между уровнем ИФН- $\gamma$  и сывороточным уровнем противотуберкулезных IgG-антител с коэффициентом корреляции +0,57 ( $p < 0,05$ ). Не удалось установить четкой зависимости сывороточного уровня ИФН- $\gamma$  от особенностей клинических проявлений туберкулезной инфекции. Установлено также, что увеличение сывороточного уровня ИФН- $\gamma$  и IgG-антител у больных активным туберкулезом легких происходит на фоне изменений показателей клеточного иммунитета. Отмечено достоверное увеличение у больных туберкулезом количества CD16-клеток (875,8 $\pm$ 95,0 в 1 мкл; 55,5 $\pm$ 5,3%) по сравнению со здоровыми (408,7 $\pm$ 113,3 в 1 мкл; 23,9 $\pm$ 4,8%;  $p < 0,01$ ) и уменьшение числа CD4-клеток (258,0 $\pm$ 22,3 и 352,2 $\pm$ 35,0 в 1 мкл крови) соответственно;  $p < 0,01$ , 25,9 $\pm$ 2,7% против 34,9 $\pm$ 1,8% у здоровых;  $p < 0,05$ .

#### Литература:

1. Кноринг Б.Е., Сахарова И.Я., Леонченко Е.М. и др. Клинико-диагностическая значимость показателей цитокинового статуса при туберкулезе легких // Реферативный сборник Туберкулез.-1998.-№6.-с.7
2. Стаханов В.А., Васильев Н.А. Клиническое значение иммунологических методов исследования при туберкулезе // Российский медицинский журнал.-2001.-№2.-с. 26-28
3. Касаева Л.Т., Аленова А.Х., Косыбаева Ш.Ж. и др. Иммунологические критерии диагностики активности туберкулеза легких // Актуальные вопросы фтизиатрии, 6-й съезд фтизиатров РК.-2010.-с.254-257

УДК 616.24-002.5-615.3-08

## ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО – РЕЗИСТЕНТНОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

К.С. Игембаева, И.Е. Соловьев, Л.П. Бритенкова, Ж.Ж. Конкакова, Е.А. Ибраев, И.М. Байльдинова, Б.К. Жаркенова, Н.Б. Нурғалиев

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра фтизиатрии

#### Заключение

- В Семипалатинском регионе лекарственно-устойчивой формой туберкулеза легких болеют чаще мужчины (60,9%), среди них лица, в возрасте от 18 до 30 лет составляют 41,6%.

- Среди больных с лекарственно- устойчивым туберкулезом легких фиброзно-кавернозный туберкулез составил 21,9%, а с казеозной пневмонией 11,6%.



- Среди больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких устойчивость к 4 препаратам составил 50,6%, а к сочетанию изониазида с рифампицином 1,2%.
- Среди больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких, абациллирование наступило только у 9 (5,2%) больных из 174 через 9 месяцев лечения.

#### Тұжырым

### ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗИНІҢ ДӘРІГЕ ТӨЗІМДІ ТҮРІМЕН АУЫРАТЫНДАРДЫҢ ЕМДЕУІНІҢ НӘТИЖЕСІ

**К.С. Игембаева, И.Е. Соловьев, Л.П. Бритенкова, Ж.Ж. Конкакова,  
Е.А. Ибраев, И.М. Байлидинова, Б.К. Жаркенова, Н.Б. Нурғалиев**

- Семей аймағында дәріге төзімділігі бар өкпе туберкулезімен көбінесе (60,9%) ер адамдар және олардың 41,6% пайызы 18-ден 30 жастың аралығында.
- Дәріге төзімді өкпе туберкулезімен ауыратындар арасында фиброзды-кавернозды өкпе туберкулезі 21,9%, ал казеозды пневмония 11,6% пайызды құрады.
- Дәріге төзімді өкпе туберкулезімен ауырандар арасында төрт дәріге төзімділер 50,6% пайызды, ал изониазид пен рифампицинның қосындысына төзімділер 1,2% пайыз құрады.
- Резервтегі дәрілерге төзімді өкпе туберкулезімен ауырандар арасында 9 ай емдеуден кейін 174 аурудың тек қана 9 – зы (5,2%) туберкулез қоздырғышын шығаруды тоқтатты.

#### Conclusion

### UPSHOTS OF THE TREATMENT SICK MEDICINAL - A FIRM FORM OF THE TUBERCULOSIS LIGHT

**K.S. Igembayeva, I.E. Soloviev, L.P. Britenkova, Zh.Zh. Konkakova,  
E.A. Ibrayev, I.M. Baylidinova, B.K. Zharcenova, N.B. Nurgaliev**

- Semipalatinsk region medicinal resistance by tuberculosis light more often are ill the men (60,9%) and mainly person from 1y before 30 years (41,6%).
- Amongst sick with medicinal resistance by tuberculosis light fibrosis-cavernosis tuberculosis has formed 21,9%, but caseosis pneumonia 11,6%.
- Medicinal resistant MBT to combination four antituberculosis preparation is revealed beside 50,6% sick, but to combination isoniasid with rifampicinum in 1,2% events.

Лекарственно-резистентный туберкулез легких (ЛРТЛ) - это туберкулез, вызванный штаммами микобактерий туберкулеза (МБТ), резистентными к действию противотуберкулезных препаратов (ПТП). Из-за отсутствия эффекта лечения больные ЛРТЛ, выделяющие лекарственно-резистентные (ЛР) МБТ, длительное время остаются бактериовыделителями и могут заражать окружающих (1-3).

Основной целью нашего исследования явилось, изучение лекарственной резистентности больных туберкулезом легких проживающих в Семипалатинском регионе.

#### Материалы и методы

Материалом служило историй болезни 174 больных находившихся на лечении в региональном противотуберкулезном диспансере. Больные были обследованы клинический, рентгенологический и лабораторно с определением лекарственной чувствительности к противотуберкулезным препаратам.

#### Результаты и их обсуждение

Проанализировано историй болезни 174 больных находившихся на лечении в РПТД № 2. Среди наших больных городские жители составили 60,3%, сельские – 39,6%, женщины составили 39,1%, а мужчины 60,9%. Наши больные по возрасту распределялись следующим образом: 18 – 30 лет – 41,6%; 31 – 40 лет – 31,6%; 41 – 50 лет – 14,3%, а лица старше 50 лет составили всего 12,7%, то есть преобладали лица до 30 лет. Социальный состав больных. Среди наших больных безработные ставили 40,8%, рабочие – 24,1%, лица без определенного места жительства – 17,2%, служащие- 9,8% и пенсионеры-8,0%. Как видно из выше приведенных среди наших больных преобладали безработные.

Среди клинических форм туберкулеза легких фиброзно-кавернозный туберкулез легких был у 38 (21,9%), диссеминированный туберкулез легких у 12 (6,9%), инфильтративный - у 104 (59,8%) и казеозная пневмония – у 20 (11,6%). У всех больных были выделены штаммы МБТ резистентные, по крайней мере, к одному из противотуберкулезных препаратов. Больные с лекарственной

резистентностью МБТ к сочетанию изониазида с рифампицином составили 1,2%. При анализе характера лекарственной резистентности обращает внимание факт устойчивости выделенных штаммов МБТ к фторхинолонам у 5 из 38 (13,2%) больных хронической формой туберкулеза. При этом резистентность к фторхинолонам зафиксирована не только при хроническом течении заболевания, но и у впервые выявленных и больных с рецидивами, что можно связать с их широким использованием в лечении воспалительных заболеваний другой этиологии. Следует обратить внимание и на другой факт, что у 17 из 174 (9,8%) больных туберкулезом легких выявлялись штаммы МБТ резистентные, в том числе, к капреомицину (2 пациента – 11,8%) и циклосерину (1 пациент – 5,9%), препаратам, которые эти больные не получали на предыдущих этапах лечения. Данный факт можно объяснить широким применением этих препаратов у нас в период 60 – 80 годов прошлого столетия. У больных при резистентности МБТ к изониазиду, рифампицину и аминогликозидам в 37,2% случаев (29 из 78 пациентов) инфильтрация в легких распространялась в пределах 1-2 долей с преобладанием каверн до 4 см в диаметре у 50,0% пациентов. При этом клинические проявления заболевания были умеренно выражены. В то время как, у больных при сочетании резистентности МБТ к основным и резервным препаратам поражалась, как правила 2 – 3 сегмента и более с размером каверн более 6 см в 80,0% случаев. Клинические проявления в этих случаях сопровождалась выраженным синдромом интоксикации и бронхолегочными проявлениями болезни. Следовательно, высокий уровень резистентности МБТ к основным и резервным препаратам более характерен для больных с тяжелой клинической картиной, большой распространенностью специфических изменений и большим размером каверн в легких. Химиотерапия больных туберкулезом легких проводилась по индивидуализированным режимам химиотерапии с учетом конкретной резистентности МБТ к противотуберкулезным препаратам. При резистентности МБТ к изониазиду, рифампицину, аминогликозидам или этамбутолу режим химиотерапии состоял из



пиразинамида, этамбутола, капреомицина (канамицина), протионамида и фторхинолона. При резистентности к изониазиду, рифампицину, аминогликозидам, этамбутолу и протионамиду режим химиотерапии состоял из пиразинамида, капреомицина, фторхинолона, циклосерина. При резистентности к основным и резервным препаратам режим химиотерапии носил вынужденный характер с включением пиразинамида, этамбутола, капреомицина, протионамида и фторхинолона. При резистентности МБТ к основным и резервным препаратам при использовании вынужденного режима химиотерапии, состоящего фактически из всех резервных препаратов только у 9 из 174 (5,2%) удалось достигнуть прекращения бактериовыделения к 9 месяцам химиотерапии.

По данным нашего исследования лекарственная резистентность (ЛР) к четырем (HSRE) противотуберкулезным препаратам (ПТП) выявлена у 50,6% больных, к трем ПТП – у 25,3% больных, среди которых преобладали пациенты с лекарственной устойчивостью к сочетанию HSR. К двум ПТП ЛР выявлено у 15,5%, среди которых преобладает устойчивость к сочетанию изониазида со стрептомицином (HS). Среди пациентов с ре-

зистентностью к одному ПТП которые составили 7,5% преобладали больные с устойчивостью к этамбутолу. Лекарственная устойчивость к сочетанию изониазида и рифампицина составила 1,2%.

#### Литература:

1. Мишин В.Ю., Комиссарова О.Г., Чуканов В.И. и др. Особенности течения процесса и эффективность лечения больных туберкулезом легких выделяющих микобактерии туберкулеза с обширной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам // Пробл.туб. и болезней легких. – 2009. - №2. С.50-52.

2. Зиновьев И.Т., Эсаулова Н.А., Новиков В.Т. и др. Первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких // Пробл.туб.и болезней легких. – 2009.-№4. – С. 37-39

3. Карпина Н.Л., Коссий Ю.Е., Федорова В.И. и др. Эфферентная терапия в лечении больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью микобактерий // туберкулез и болезни легких. – 2010. -№3. – С. 28-34.

УДК 616.24-002.5-036.22 (574.41)

## ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 37 ЛЕТ (1975-2011 Г.Г.)

Р.С. Игембаева

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра фтизиатрии

Тұжырым

СОҢҒЫ 37 ЖЫЛ ІШІНДЕГІ СЕМЕЙ АЙМАҒЫНЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗДЕН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ  
КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ӨЗГЕРІСІ (1975-2011 Ж.Ж.)

Р.С. Игембаева

Семей аймағында туберкулездің өршуін тоқтату үшін төменде келтірілген шараларды орындау қажет:  
- радио, газет, теледидар арқылы туберкулезге байланысты насихат жұмыстарын күшейту керек;  
- туберкулезге қарсы егуді қажет ететін жастағы балалар мен жасөспірімдерді уақытында БЦЖ екпесімен егу;

- туберкулезге шалдығу мүмкіншілігі жоғары топқа жататын балалар мен жасөспірімдерге жылына бір рет міндетті түрде 2 ТБ-гі бар Манту сынағасын қою керек (туберкулезді ерте анықтау үшін);  
- туберкулез ауру бар жанұяларда сауықтыру шараларын уақытында және толық жүргізу қажет;  
- созылмалы туберкулезбен науқас адамдар санын азайту үшін, туберкулезді емдеуге өзіндік дәрілер мен қатар хирургиялық және қосымша патогенетикалық емдеу тәсілдерін кеңінен қолдану керек.

Summary

THE TRACK RECORD OF THE EPYDEMIOLOGICAL FACTORS ON TUBERCULOSIS  
SEMIPALATINSKYI REGION FOR the LAST 37 YEARS (1975-2011 Y.Y.)

R.S. Igembaeva

For an avoidance of the further diffusion of an infection contamination and body height of a case rate by tuberculosis among the population of Semipalatinsk region it is necessary to carry out (spend) the following measures:

- To strengthen in region propaganda about tuberculosis with wide use of mass media;  
- By all subject to bunch of the population regularly to carry out (spend) against tuberculosis of engrafting.  
- To strengthen work on early revealing of tuberculosis, is especial among children, teenagers, youth, bunches of the raised (increased) risk of disease:  
- Regularly and in complete volume to carry out (spend) preventive and improving work in the locuses of tuberculosis;  
- Along with a specific chemotherapy to utilize nosotropic (pathogenetic) and surgical methods of treatment more widely.

Противотуберкулезная работа в Семипалатинском регионе осуществляется на основании указов Президента, постановления правительства и приказов МЗ РК.

По данным ВОЗ в мире ежегодно заболевают туберкулезом 7,5-8 млн. человек. В мире, насчитывается 15-20 млн. больных туберкулезом легких, выделяющих

микобактерии туберкулеза (МБТ). По данным ВОЗ, в мире ежегодно от туберкулеза умирают около 3-4 млн. человек.

Международный противотуберкулезный союз предлагает оценивать эпидемическую ситуацию по следующим показателям, считать ситуацию благоприятным,

если заболеваемость не более 10, болезненность не более 20, а смертность не более 2,0 на 100 тыс. населения. (1-4)

Целью исследования служило изучение динамики основных эпидемиологических показателей Семипалатинского региона по сравнению со средними Республиканскими показателями.

#### Материалы и методы

Материалом служил статистический ежегодный отчет Национального центра проблемы туберкулеза Республики Казахстан (НЦПТ РК) и ежегодные отчеты регионального противотуберкулезного диспансера.

#### Результаты и их обсуждение

Так если в 1980 году общая заболеваемость по Семипалатинскому региону (СР) была выше на 10,7% по сравнению с 1975 годом (106,7 против 99,9), то, начиная с 1980 года заболеваемость стала снижаться и темп снижения в 1980-1985 г.г. составил – 13%, в 1990-1995 г.г. – 11,6% и начиная с 1996 года показатель заболеваемости наоборот стал расти, и составил в 2007 году – 180,3. Общая заболеваемость по Семипалатинскому региону составил в 2011 г. 108,5 (2010 г. – 120,4) на 100 тыс. населения.

Изменились показатели заболеваемости туберкулезом в различных возрастных группах населения. Среди впервые заболевших в последние годы отмечается рост удельного веса детей и подростков. В 2011 году заболеваемость детей по СР составил 19,4 (2010г. – 18,1), а среднереспубликанский в 2011 году – 15,6 (2010 г. – 18,8) на 100 тыс. детского населения. В связи с уменьшением охвата туберкулинодиагностикой ухудшилось выявление туберкулеза среди детей.

В настоящее время в Казахстане туберкулиновые пробы проводятся только детям, относящимся к группам «риска» заболевания туберкулезом и перед проведением ревакцинации против туберкулеза в 6-7 лет.

Нами изучена туберкулиновая чувствительность у 12165 школьников г. Семей по пробе Манту с 2 ТЕ стандартного туберкулина РРД-Л перед очередными ревакцинациями БЦЖ в 2007-2008 г.г. Анализ проводился у школьников 1 – 2 и 5 – 6 классов с разделением 44 школ города по 4 районам города (Центр, Жана-Семейская часть города, Цемпоселок и Затонская часть города). При изучении данного материала нами выявлено, что 40% школьников не были охвачены туберкулиновыми пробами. Положительные реакции отмечены у 37,7% школьников, охваченных туберкулиновыми пробами, у 2,5% школьников выявлены гиперергические реакции.

Наибольший процент положительно реагирующих на туберкулин выявлен в школах Затона (45,5%), наименьший в школах Центра (31,4%). В разрезе районов наибольшее число гиперергических проб выявлено у школьников Жана-Семей (3,7%), наименьшее число в школах Центра (1,1%). Вираз туберкулиновых проб выявлен у 20% школьников. У школьников затонской части города отмечен наибольший процент виража (30,1%), а в школах центра – наименьший (17,7%).

Анализируя туберкулиновую чувствительность у школьников нами выявлено, что инфицированность 1 – 2 классов составила 35 – 40%, а к 5 – 6 классу у этих детей в динамике инфицированность выросла до 75 – 85%.

Учитывая неблагоприятную эпидобстановку по туберкулезу в г. Семей и быстрый темп роста инфициро-

вания детей с 40% в возрасте 6-7 лет до 75-85% к 11-12 годам, необходимо улучшить организацию и изыскать средства для проведения туберкулинодиагностики среди декретированных возрастных групп перед ревакцинацией, а также в других возрастных группах детей и подростков.

Заболеваемость подростков по сравнению с 2010 годом снизилась на 8,7%, составив – 139,1 в 2011 г. против 159,0 в 2010 г. на 100 тыс. подросткового населения по Семипалатинскому региону. Заболеваемость подростков по СР за 2011 г. составил 139,1 против 92,7 среднереспубликанского на 100 тыс. подросткового населения. Причиной роста заболеваемости детей и подростков послужили не только экономический кризис в обществе, но и снижение охвата лиц из контакта химиопрофилактикой, несвоевременная изоляция детей из бактериального окружения, снижение их иммунитета по различным причинам, недостаточное проведение дезинфекционных мероприятий в очагах инфекции и особенно недостаточное проведение туберкулинодиагностики среди детей и подростков с целью раннего выявления туберкулеза из-за отсутствия туберкулина, как было приведено выше 40% школьников не были охвачены туберкулиновыми пробами из-за отсутствия туберкулина.

Нами были проанализированы показатели смертности населения Семипалатинского региона и республики за последние 37 лет с 1975 по 2011 г.г.

Из анализа смертности от туберкулеза, следует, что показатель смертности имел тенденцию к снижению каждое пятилетие по сравнению с предыдущим. По Семипалатинскому региону он снизился с 30,5 в 1975 году до 11,7 в 1990 году, а темп снижения составил 27,2%.

При сравнении среднереспубликанского показателя с Семипалатинским регионом обращает на себя внимание относительно высокая смертность в последней. Так, в 1995 году по республике показатель смертности составил 24,6, а по Семипалатинскому региону на 17,5% выше и составил 42,6 на 100 тыс. населения.

В 2011 г. показатель смертности СР составил 19,8 на 100 тыс. населения темп роста по сравнению с 1990 (11,7) годом составил 5,7%. Среднереспубликанский показатель смертности за 2011 г. – 8,1 (2010 г. – 10,3) на 100 тыс. населения.

Таким образом, общая заболеваемость Семипалатинского региона за 2011 год выше среднереспубликанского показателя на 7,9%, и на одном уровне со среднеобластным (СР- 108,5; ВКО - 109,8 на 100 тыс. населения). Заболеваемость подростков Семипалатинского региона за 2011 год выше среднереспубликанского показателя на 6,6%, от средне областного – на 7,0%.

#### Литература

1. Игембаева К.С. и соавт. //Динамика заболеваемости туберкулезом жителей Семипалатинского региона //Пробл.туб.-2001.- № 6.- с.14 – 17.
2. Ракишев Г.Б. и соавт. // Итоги деятельности противотуберкулезной службы в Республике Казахстан// Сб.научных трудов НЦПТ РК.- Алматы. – 2002.-с.29-30
3. Перельман М.И.//Туберкулез в России// Сб.научных трудов НЦПТ РК.-Алматы.- 2002.-с.10-13.
4. Туберкулез у детей и подростков (руководство) – Под редакцией: О.И.Король, М.Э.Лозовской //Издательский дом Питер.-2005.- 42

УДК 616.211-002

## ОСОБЕННОСТИ ОГРАНИЧЕННОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА

Ж.О. Жакиянова, М.У. Утеубаев, Б.К. Ерсаканова, Н.С. Жарылгапова,  
Л.О. Абдикаримова, М.Е. Оразгалиева*Государственный медицинский университет города Семей,  
Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,  
Медицинский центр АО «Алюминий Казахстана»***Тұжырым****МҰРЫННЫҢ ШЕКТЕЛГЕН СЫРТҚЫ ҚАБЫНУЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Мұрын сыздауымен сырқаттанған науқастарда қорқыныш сезімі, көзінің түбінде керіп солқылдатқан ауырсыну, кеш мезгілінде күшейетін және науқас жатқан кезде бастың өте қатты ауырсынуы, көздің ішкі бұрышында ауырсыну, дене қызуының 40°, көтеріліп, лейкоцитоз, эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарылап, күз түбінің алғашқы өзгерістерін алғашқы симптомокомплекс, яғни торлы синусың тромбозының ерте белгісі деп қабылдау мүмкіндігі анықталды.

**Summary****FEATURES OF A RESTRICTED INFLAMMATORY OF DISEASE OF AN EXTERNAL NOSE**

The so-called early alarm syndrom which allows the physician to expect possible development of cavernous sinus trombosis was invented in the course of follow-up of 110 patients suffering from furuncle of nose and upper lip. This syndrom included splitting headache more pronounced during the evening hours and in the horizontal body position, pain in the region of medial canthus and deeper inside in the orbit, high temperature, leukocytosis and inical changes of ophthalmoscopic data. The authors consider that the early clinical signs (the alarm syndrom) are caused by disturbances of the brain and the face blood supply and by changes of blood coagulation at the stage of disease manifestation. This suggestion has been proved by the data of electrophysiologic examination.

**Актуальность исследования.** В структуре воспалительных заболеваний наружного носа за последние годы увеличивается количество атипично развивающихся, вялотекущих, стертых форм воспалительных заболеваний со склонностью к хронизации и рецидивированию, что сопровождается ростом местных и общих осложнений /3/. Несмотря на значительные успехи в совершенствовании методов лечения и профилактики воспалительных заболеваний наружного носа, их количество в последние годы не снижается, а отмечается тенденция к росту численности больных с увеличением частоты и тяжести осложнений. В структуре воспалительных заболеваний имеются значительные изменения, связанные с увеличением числа больных с фурункулами и карбункулами носа. У больных с данной патологией, в 2-2,5 раза чаще, чем у больных с флегмонами и абсцессами, наблюдаются опасные для жизни септические осложнения /4/. При лечении больных с фурункулами и карбункулами лица недостаточно учитываются патогенез заболевания и роль гемореологических нарушений. Поэтому, более глубокое знание этиологии и патогенеза этих заболеваний позволит определить оптимальную лечебную тактику. В последнее время в изучении патогенеза различных заболеваний большое значение придается исследованию микроциркуляции. Состояние микроциркуляции в органах и системах является одним из основных показателей гомеостаза при различных патологических процессах, отражающего состояние сердечно-сосудистой системы в целом и транскапиллярного обмена в частности. Воздействуя на сосудистый компонент органов и тканей при патологическом процессе можно повлиять на течение заболевания, предупредить развитие осложнений, снизить сроки госпитализации /1,2/.

**Цель работы:** анализ особенностей ограниченного воспалительного заболевания наружного носа.

**Задачи:**

1. Общеклиническое обследование 20 соматически здоровых лиц.
2. Инструментальное исследование 20 соматически здоровых лиц.
3. Общеклиническое обследование больных с фурункулами носа
4. Инструментальное исследование больных с фурункулами носа
5. Анализ особенностей ограниченного воспалительного заболевания наружного носа.

**Материал и методы исследования.**

Обследовано 30 больных. В возрасте 16-29 лет было 14, 30-44 лет - 6, 45-59 лет - 8 и 60-62 лет - 2 больных. В 36,2% наблюдений процесс имел правостороннюю, в 46,6% - левостороннюю локализацию; в 3,1% - фурункул локализовался в области переносицы и в 14,1% - на кончике носа. Всем больным проведено общеклиническое обследование, эндоскопия ЛОР-органов, при необходимости - консультации невропатолога, окулиста, терапевта. Инструментальное исследование проводилось при поступлении больных в клинику, в процессе лечения (к моменту купирования манифестных проявлений заболевания) и при выписке из стационара. В качестве контрольной группы было обследовано 20 соматически здоровых лиц. Обращает на себя внимание появление у них на 2-3 день заболевания симптомов тревоги в виде интенсивной "распирающе-пульсирующей" боли в глубине глазницы на стороне фурункула, мучительной головной боли, усиливающейся в положении лежа и в вечерние часы, сонливости и слабости. Воспалительный инфильтрат достигал 1,5-1,8 см в поперечнике и сопровождался распространявшимся на боковую поверхность носа отеком и болезненностью при пальпации в области внутреннего угла глаза. У 34,4% больных имело место абсцедирование фурункула. Температура тела повышалась до 38° - 40°, наблюдались лейкоцитоз 10-14x10<sup>9</sup>/л и увеличение СОЭ до 25-35 мм/час. У 14 больных на глазном дне определя-

лись начальные явления застоя диска зрительного нерва в виде отека сетчатки вокруг него и умеренного расширения вен. Больные жаловались на болевые ощущения в области инфильтрата, величина которого в поперечнике не превышала 0,6-0,8 см. Слабая головная боль отличалась непостоянством, температура тела оставалась нормальной или субфебрильной. Количество лейкоцитов не превышало  $8-9 \times 10^9$  /л, СОЭ - 8-12 мм/час. Общее состояние больных оставалось вполне удовлетворительным. Анализ коагулограмм выявил закономерность, состоящую в том, что показатели свертывающей системы крови отражают определенную этапность в развитии ФНВГ и сочетаются с нарушениями гемодинамики головного мозга и мягких тканей носа.

#### Выводы:

1. Приведенные коагулографические исследования свидетельствуют о том, что клинические проявления "синдрома тревоги", у больных фурункулом носа обусловлены в свертывающей системе крови на стадии генерализации воспалительного процесса.

2. У больных фурункулом носа синдром тревоги, включающий "распирающе-пульсирующую" боль в глубине глазницы, мучительную головную боль, усиливающуюся в вечерние часы и в положении лежа, болез-

ненность в области внутреннего угла глаза, высокую, до 40°, температуру, лейкоцитоз, повышенную СОЭ и начальные изменения глазного дна следует рассматривать как ранний симптомокомплекс - предвестник возможного развития тромбоза пещеристого синуса.

#### Литература:

1. Бобров В.М. Тромбоэластографический контроль коагуляционных свойств крови у больных с осложненным фурункулом носа / В.М. Бобров, С.А. Шишкин // Вестник оториноларингологии. 1995. - № 2. - С. 21-23.
2. Захарова Г.Н. Профилактика и лечение тромбозомболических осложнений у больных с фурункулами и карбункулами лица / Г.Н. Захарова, В.А. Булкин, А. В. Лепилин // Вестник хирургии им. Грекова. 1989. - № 7. - С. 100-102.
3. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь / В.А. Козлов. Л.: Медицина, 1988. - 288 с.
4. Федотов С.Н. Фурункулы, карбункулы лица и шеи / С.Н. Федотов, А.В. Репин, В.А. Лызганов и др.. Архангельск, - 2002. - Режим доступа: <http://stomatburg.ru/articles/piter/202.htm>.

УДК 616.28-009-036.82

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Ж.О. Жакиянова, Б.Б. Кулумбаева, Н.С. Жарылгапова, Л.О. Абдикаримова  
М.Е. Оразгалиева, М.У. Утеубаев

Государственный медицинский университет города Семей,  
Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,  
Медицинский центр АО «Алюминий Казахстана»

#### Summary

#### EFFICIENCY OF REHABILITATION OF VESTIBULAR VIOLATIONS

The work presents both an updated view on the basic mechanisms underlying the two main theories of vestibular compensation and his views on the principles that should guide management and rehabilitation of patients with vestibular loss. The practical advances in the rehabilitation of vestibular defective patients are as follows: perform rehabilitation at an early stage; favour active retraining; do not use stereotyped rehabilitation programs but adapt exercises to the patients; examine patients in standardized environments.

#### Тұжырым

#### ВЕСТИБУЛЯРЛЫ ЗАҚЫМДАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ ВЕСТИБУЛЯРЛЫ ГИМНАСТИКАНЫҢ МАҢЫЗЫ

Вестибулярлы жүйенің қызметі зақымдалған жағдайда оны қалпына келтіру мүмкіншіліктері бар, яғни қалпына келтіру шараларын ерте бастау, вестибулярлы қимылдарды белсенді өткізу, әрбір науқасқа тән жүргізу, седативті әсері бар дәрілерден аулақ болып, қалпына келтіруді жылдамдату әсері бар дәрілерді тағайындау / бетигистин дигидрохлорид/. Сонымен вестибулярлы жүйенің қызметін қалпына келтіру үшін жүйелі жаттығулармен қатар фармакологиялық ем тағайындау жөн.

#### Актуальность

Современное состояние проблемы возрастного снижения остроты слуха позволяет определить пресбиакузис как процесс возрастных изменений слухового анализатора, имеющих дебют в 30-летнем возрасте и быстро прогрессирующих после 50 лет (10). Известно также, что частота вестибулярных нарушений по мере старения организма увеличивается и коррелирует с соответствующими нарушениями в слуховой системе (6,7). Увеличение средней продол-

жительности жизни в последние десятилетия диктует необходимость решения научно-биологических, медицинских и социально-экономических проблем (5,8,9). Нетрудоспособность - психологический фактор, он крайне важен и должен учитываться специалистами разных направлений, заботящимися о престарелых, в том числе и врачами (1,2). Неуклонный рост уровня кохлеовестибулярных расстройств среди лиц старших возрастных групп диктует необходимость поиска новых методов диагностики, лечения и

последующей реабилитации престарелых людей, страдающих кохлеовестибулярными нарушениями (3,4). Вышеизложенное раскрывает актуальность данной темы и обосновывает необходимость изучения и проведения последующих исследований по реабилитации вестибулярных функций у лиц пожилого и старческого возраста.

#### **Цель работы**

Изучить эффективность реабилитации вестибулярных нарушений.

Для достижения поставленной цели предстояло решить следующие задачи:

1. Установить основные этиологические факторы кохлеовестибулярных нарушений в сравнительном возрастном аспекте по данным архивного материала.

2. Оценить особенности реабилитации вестибулярных нарушений.

#### **Материал и методы исследования.**

Для решения поставленных задач нами было обследовано 57 пациента в возрасте от 60 до 80 лет, у которых в результате комплексного обследования (сбор анамнеза, оториноларингологический осмотр, тональная пороговая аудиометрия, рентгенография или компьютерная томография пирамид височных костей, консультации невролога, терапевта, офтальмолога) установлен один из следующих диагнозов: болезнь Меньера, хронический гнойный средний отит, отосклероз, острая лабиринтопатия или острая вестибулопатия. Общей жалобой для всех пациентов основной группы (вне зависимости от конкретной нозологической формы) являлось головокружение или чувство неустойчивости. Таким образом, на основании архивного материала (73 истории заболевания) проведен подробный анализ этиологических факторов кохлеовестибулярных нарушений в возрастном аспекте. Установлено, что в группе больных пожилого и старческого возраста сосудистый фактор составляет 76,3% случаев. Больным с кохлеовестибулярными нарушениями вестибулярная гимнастика проводилась вслед за купированием острого головокружения. Чем раньше начата вестибулярная гимнастика, тем быстрее восстанавливается работоспособность больного. Гимнастика проводилась на основе методики Brandt, 2004 г. (10)

Эффективность вестибулярной гимнастики повысили с помощью применения бетагистина дигидрохлорида (бетасерк). Этот препарат, блокируя Н3-рецепторы центральной нервной системы, увеличивает высвобождение нейромедиаторов из нервных окончаний пресинаптической мембраны, оказывая ингибирующий эффект в отношении вестибулярных ядер ствола мозга. Бетагистин применяли в дозе 48 мг в сутки в течение двух-трех или более месяцев. Продолжительность медикаментозной терапии определялся уровнем повреждения вестибулярной системы: при центральных вестибулопатиях или двусто-

ронней вестибулопатии компенсация наступает позже, что делает необходимым более длительный прием бетагистина (более 3-х месяцев).

#### **Выводы**

Вестибулярная реабилитация представляет собой важный компонент лечения больных с вестибулярными нарушениями. Она значительно повышает эффективность медикаментозной терапии, ускоряет выздоровление и, тем самым, способствует повышению качества жизни больных, страдающих как центральными, так и периферическими вестибулярными расстройствами. Особенно актуальной является вестибулярная реабилитация больных пожилого возраста, поскольку существенно снижает риск падений и связанных с ними травм, зачастую представляющих опасность для жизни пожилого человека.

#### **Литература:**

1. Атаян А.В.: Диагностика и дифференцированное лечение больных с головокружением. // Автореф. канд. мед. наук, Москва, 2001.-24 с.
2. Бабин С.М., Гофман В.Р.: Взаимосвязь изменений параметров, характеризующих особенности вегетативного обеспечения и статокINETической системы. // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2000. - № 4(28). - с. 69-72.
3. Бабский Е.Б., Гурфинкель В.С., Ромель Э.Л.: Новый способ исследования устойчивости стояния человека. // Физиологический журнал СССР.- 1995.- Т.12.-№ 3.- 423-426.
4. Бабьяк В.И., Ланцов А.А., Базаров В.Г.: Клиническая вестибулология. // Санкт-Петербург, 1996. - 334 с.
5. Дубовик В.А., Миронов В.Г., Оксём В.Н.: Современные аспекты исследования статокINETической функциональной системы человека. // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2000. - № 4(28). - с. 92-95.
6. Котляревская Г.Г.: Состояние вестибулярной функции при старении. // Современные вопросы геронтологии и гериатрии. -1965.-с. 95-96. London: Springer, 2004. -503 p.
7. Луксон Л.М.: Головокружение у пожилых людей. // Головокружение / Под ред. М.Р.Дикса, Д.Д. Худа; Пер. с англ. - М.: Медицина, 1987.-е. 283-312.
8. Лучихин Л.А., Деревянко Н., Ганичкина И.Я.: Вестибулярные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. // Вестник оториноларингологии. - 2000. - № 6. - с. 12-15. -115-
9. Сулейменова Д. А. К вопросу этиопатогенеза и лечения острой сенсоневральной тугоухости //Оториноларингология Бас, Мойын Хирургиясы.-2009 -№1-2.-С.26-28.
10. Brandt T., Dieterich M.Vertigo and dizziness: common complains. - London: Springer, 2004. -503p.

УДК 614.2-053.87

## СОЦИАЛЬНО ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Д.Б. Тайгулов

*магистрант 2-го года обучения по специальности «Общественное здравоохранение»**Государственный медицинский университет города Семей*

Тұжырым

### МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТТІҢ СТУДЕНТТЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ЭЛЕУМЕТТІК ГИГИЕНАЛЫҚ ТҰРҒЫЛАРЫ

Д.Б. Тайгулов

*СММУ студенттерінің денсаулығының элеуметтік және дәрігерлік жағдайы берілген. Зерттеулер қорытындылар бойынша созылмалы аурулардың арасында бірінші орында созылмалы гастрит болып табылады – 20,6%.*

#### Summary

#### SOCIAL AND HYGIENIC ASPECTS OF THE HEALTH STATUS OF STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

D.B. Taigulov

*Given the social and medical characteristics of the health of students, the State Medical University. The study found that in the first place on the prevalence of chronic disease is a chronic gastritis, 20,6%.*

Цель - исследовать и представить комплексную социально-гигиеническую оценку состояния здоровья студентов Медицинского университета г. Семей. Было проведено анкетирование среди студентов всех курсов в количестве 325 человек. Социально-гигиеническая оценка показала, что более 73% студентов приезжие из сельской местности, из них 54,7% проживают на съемном жилье, 11% в общежитиях. Более 85% опрошенных довольны условиями проживания. В нозологий хронических заболеваний преобладает хронический гастрит-20,6%. Необходима разработка программы по улучшению состояния здоровья студентов медицинского университета.

В условиях реформирования здравоохранения и реализации национальных проектов по оздоровлению населения, одной из проблем здравоохранения является поиск путей для укрепления и сохранения здоровья студентов. Ситуация усугубляется достаточно высоким уровнем распространенности вредных привычек среди молодежи (курение, алкоголь, наркомания, токсикомания), сопровождающихся снижением качества жизни и нравственных ценностей. Постоянная психологическая напряженность, неуверенность в своем будущем требует от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания, обучения, высокой умственной нагрузке, сопровождающейся гиподинамией, интенсификацией учебного процесса, ослаблением внимания к вопросам физического развития, ухудшением качества питания и другими негативными факторами.

**Цель исследования** - представить комплексную социально-гигиеническую оценку состояния здоровья студентов ГМУ г. Семей.

**Материал и методы исследования.** Материалом для исследования послужат студенческие карты, статистические данные, анкетные данные 325 студентов ГМУ г. Семей обучающихся с 1-6 курс по специальностям «Общий медицинский факультет», «Сестринское дело», «Фармация», «Общественное здравоохранение».

Для определения минимального объема выборочной совокупности мы остановились на формуле, предложенной П.И. Лисициным (Общественное здоровье и здравоохранение Москва 2010; стр. 300-303) Используя формулу для данного исследования, определили ориентировочную выборочную совокупность студентов медицинских средних специальных учебных заведений, которая составила 300 человек. Методом случайного

отбора (по таблице случайных чисел для получения более надежных данных заполнено 325 опросников). В исследовании участвовали 30 учебных групп (в среднем по 10 человек). Из заполненных 5 опросников были отбракованы по причине не адекватного заполнения (отсутствие ответа), что составило 1,5% от первоначальной выборки. После отбраковки неадекватно заполненных опросников для статистической обработки и анализа полученных результатов отобрано 320 анкет.

Поскольку для самооценки состояния здоровья студентов разработано достаточно много специализированных анкет и опросников, а среди разработанных преобладают компьютерные дорогостоящие программы, для проведения нашего исследования был составлен специальный опросник, включающий вопросы, характеризующие социально-гигиенические и медицинские аспекты образа жизни. Опросник для студентов включал 21 вопрос. Вопросы, составляющие опросник условно можно разделить на 3 раздела. Первый раздел опросника касался сведений общего характера «Паспортная часть». Вторым раздел «Составляющие здорового образа жизни» касался условия проживания, характеристик питания, условия обучения, распространенности вредных привычек. В третьем разделе «Самооценка состояния здоровья» изучались распространенность хронической патологии, использование методов профилактики заболеваний, оценка собственного здоровья. Опроснику для студентов предшествовала краткая инструкция, его значение, что в определенной степени повлияло на повышение интереса обследуемых и снижало возможность отказа от участия. Составленный опросник был комбинированный, так как содержал «открытые» вопросы, требующие самостоятельного ответа анкетированного, и вопросы «закрытого» типа, включающие готовые варианты ответов. Вопросы в опроснике были составлены таким образом, чтобы не требовалось дополнительных разъяснений. Объект исследования - совокупность студентов, единица исследования - студент. Анализ полученной информации осуществляли с использованием абсолютных и относительных величин, коэффициентов соотношения, оценок достоверности относительных показателей и их различий по критерию Стьюдента. Для выявления связи между изучаемыми явлениями применили коэффициент корреляции Пирсона.

**Результаты.** Соотношение опрошиваемых по полу составило – женщин 89,6%, мужчин - 11,3%. Анализ показал, что 73,0±2,4% до поступления в университет проживали в сельской местности, 26,9±2,4% - в городской. Изучение жилищных условий показало, что на

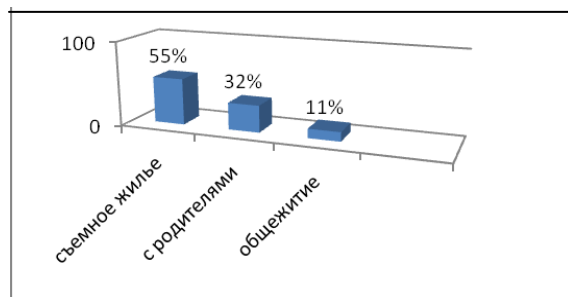


Рис. 1. Проживание студентов

В группе студентов, проживающих в отдельной съемной квартире, общежитии, преобладают студенты с удовлетворительным состоянием здоровья 58±2,4%, а в группах, проживающих на съемном жилье, с родителями, преобладают студенты с хорошим состоянием здоровья 78±2,3%.

Среди студентов ГМУ г. Семей хроническими заболеваниями страдали 38,0±2,7%. В структуре заболеваемости ведущее место занимает хронически гастрит 20,6±2,2%, причем выявлено частое употребление в пищу в данной группе студентов полуфабрикатов 39,6±2,7 и 67,4±2,6% студентов придерживается трехразового питания.

Проведенный нами сравнительный анализ самооценки собственного здоровья студентами с данными медицинского профилактического осмотра студентов Государственного медицинского университета города Семей показал согласованность данных: так, первое место в структуре заболеваемости студентов университета занимают болезни желудочно-кишечного тракта 20,6±2,2%.

Болезни дыхательной системы занимают второе место 13,4±1,9% в структуре заболеваемости.

Хроническим тонзиллитом страдают 8,7±1,5%, студентов, хроническим бронхитом страдают 5,5±1,2%, студентов.

Острыми респираторными заболеваниями ежегодно болеют 65,3±2,7% студентов, из них переносят на ногах 80,9±2,2% при этом значительный удельный вес 40,0±2,7% в группе часто болеющих составляют студенты, самостоятельно, без назначения врача, принимающие антибактериальные препараты.

Сравнительный анализ характеристик питания показал различия в потребляемых продуктах между студентами, проживающими с родителями, и приехавшими из сельской местности. Большинство студентов принимают пищу домашнего приготовления 39,0±2,7%, причем в основном студенты, проживающие с родителями 83,7±2,08%. Важную роль в структуре питания играют также полуфабрикаты 39,0±2,7%.

**Обсуждение.** Больше половины респондентов проживают на съемном жилье. Среди проживающих в общежитиях и съемном жилье преобладают студенты с удовлетворительным состоянием здоровья.

Около 88% студентов переносят ОРВИ на ногах, что может явиться причиной хронизации процесса в 14% случаях. Показательно, что хроническими заболеваниями страдают каждый 3-ий.

момент проведения исследования в съемном жилье проживают 54,7±2,8% респондентов, в квартире с родителями - 31,7±2,6% в общежитии - 11,1 1,7%, у родственников - 6,3±1,3%, в отдельной квартире - 3,9±1,09%.

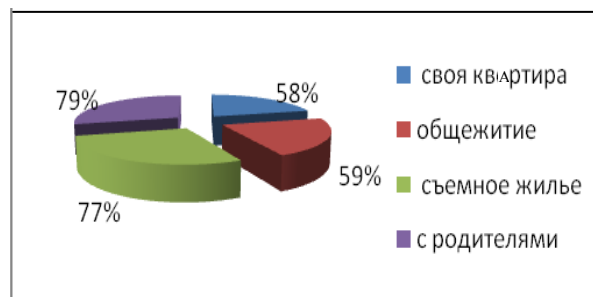


Рис.2. Качество жизни студентов

В структуре заболеваемости студентов университета ведущее место занимают болезни желудочно-кишечного тракта.

#### Выводы и рекомендации

Неудовлетворительное состояние здоровья студентов, а также низкая активность студентов в формировании здорового образа жизни, неудовлетворительное социально-гигиеническое и социально-экономические условия в значительной степени влияют на медико-социальное состояние студентов ГМУ г. Семей, что требует разработки адресных мероприятий по управлению и сохранению здоровья студентов.

- В целях оптимизации оказания медицинской помощи студентам медицинского университета разработаны блоки мероприятий: административно-организационный, психолого-педагогический, учебно-воспитательный, медицинский.

- В целях информационного объединения деятельности всех структур по оздоровлению студенческой молодежи медицинского университета, придания данной деятельности системности главную информационную функцию мы предлагаем возложить на студенческий совет, который целесообразно поощрять денежным довольствием, надеемся, что это вызовет большой стимул среди активной молодежи медицинского университета.

- Важным мероприятием по сохранению здоровья студентов медицинского университета мы считаем разработку системы, базирующейся на мониторинге здоровья. Необходимо разработать методику сбора данных, которая позволит сформировать базу данных всех параметров (соматического, физического, социально-психологического) здоровья студентов за период обучения в университете, заболеваемости студенческой молодежи с целью мониторинга здоровья, планирования и проведения лечебно-профилактическими учреждениями оздоровительных комплексных мероприятий. Кроме того, сформированная база данных позволит отрегулировать взаимодействие между учебным заведением и студенческой поликлиникой в части передачи информации о заболеваемости студенческого контингента для определения главных направлений профилактической и оздоровительной работы со студентами.

- С экспериментальной целью ввести возможность оплаты в столовой со стипендии. Таким образом, можно создать возможность для студентов непрерывного и ежедневного соблюдения режима питания независимо от временного денежного затруднения.

- Постройка общежитий, соответствующих всем гигиеническим нормативам, а также требованиям и потребностям студентов.

#### **Литература:**

1. Сайдюсупова И.С. Медико-демографические аспекты состояния здоровья студентов медиков. Воронеж 2007; 3:1:140-145.
2. Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа. -Москва. 2007. - с. 135-144
3. Агаджанян Н.А. проблема адаптации и здоровья студентов /Н.А. Агаджанян, К.Г. Ветчинкина К.Г. // Науч-

ные основы охраны здоровья, студентов: сб.; науч.тр.-с., 1987; - С. 3-13.

4. Жижин К.С. Медицинская статистика: Учебное пособие /К.С. Жижин.- Ростов н/Д: Феникс, 2007.-160с.

5. Здоровье студентов / Н.А. Агаджанян и др.- М., 1997. 199с.

6. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение Москва 2010; с. 300-303.

7. Минибаев Т.Ш. Гигиена труда здоровье студентов высших учебных заведений на современном этапе / Т.Ш. Минибаев, Л.Ю. Кузнецова, А.И. Кузнецова, // Медицина труда и промышленная экология.- 1996.- №ТО:- с. 15-18.

УДК 616.8-00-616-057

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РАБОЧИХ СВИНЦОВОГО ПРОИЗВОДСТВА**

**С.К. Кулиниченко**

**ТОО МСЧ-2, г. Усть-Каменогорск**

Свинцовая промышленность является ведущей отраслью цветной металлургии Республики Казахстан. Одним из крупнейших свинцовых заводов является ТОО «Казцинк». Исследования, проведенные ранее при оценке условий труда работающих производства свинца, несмотря на то, что они касались лишь отдельных вопросов, свидетельствовали о влиянии неблагоприятных факторов производства на состояние здоровья работающих [1, 2].

Однако в последние годы произошли существенные изменения в производстве свинца, осуществлен переход на отечественное сырье, которое по своему химическому составу значительно отличается от используемых ранее концентратов других стран, одним из важнейших направлений стало получение серебряно-золотой смеси. Изменились особенности технологических процессов в связи с запросами международных рынков, потребовавших эталонизации качества производимого свинца с внедрением новых технологий и оборудования. Однако при этом существенным образом изменились и условия труда, что является весьма важным для оценки состояния здоровья работающих.

Многочисленность технологических переделов, большое разнообразие химических веществ, участвующих в процессах производства свинца, неблагоприятные метеоусловия и интенсивный физический труд способны создавать весьма неблагоприятную гигиеническую обстановку, оказывающую отрицательное влияние на заболеваемость и функциональное состояние организма работающих.

Ведущие промышленные факторы свинцового производства (соединения свинца, цинка, меди, паров серной кислоты и др.) указывают на возможность непосредственного воздействия на различные системы организма, в первую очередь, на центральную нервную систему [3].

**Цель работы.** Изучить условия труда свинцового производства на современном этапе, их влияние на функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС) работающих, а также разработать научно обоснованную систему профилактических мероприятий.

**Задачи исследования:**

1. Изучить условия труда работающих свинцового производства;

2. Выявить функциональные изменения в центральной нервной системе работающих свинцового производства с учетом специфики профессиональной деятельности, возраста и стажа.

3. Разработать лечебно-профилактические мероприятия с учетом тяжести нарушений.

**Материалы и методы исследования.** В процессе выполнения работы для обследования привлекались практически здоровые лица мужского пола, из которых основную группу составили – рабочие ведущих профессий (шихтовщики, дробильщики, транспортировщики) агломерационного цеха свинцового завода ТОО «Казцинк» (75 человек). Контрольную группу составили рабочие электромеханического цеха ТОО «Казцинк» в количестве 50 человек, не подвергающиеся неблагоприятным воздействиям свинцового производства.

Все обследованные рабочие были разделены на 3 группы в зависимости от возраста: 20-29, 30-39, 40 и более лет.

В зависимости от стажа трудовой деятельности были также составлены 3 группы: до 5 лет, от 5 до 10 лет, 10 лет и более.

О состоянии центральной нервной системы судили по скрытому времени простых и сложных зрительных и слухомоторных реакций (ЗМР, СМР, СЗМР), определяемых хронорефлексомером. Тремометрия и исследование подвижности нервных процессов в анализаторах (определение критической частоты слияния световых мельканий – КЧСМ) осуществлялись с помощью прибора «Мир - 05» (Ростов-на-Дону, Россия).

**Результаты и их обсуждение.** Результаты исследований воздушной среды, проведенные в цехе агломерации свинца, показали, что фактически на всех технологических переделах в зону дыхания работающих выделяется комплекс аэрозолей, содержащий в своем составе: Pb, Zn, Cu, Fe, Si, As, Sb, Cd и других. При этом, концентрации некоторых из них значительно превышали ПДК. Так, среднесменные концентрации пыли в воздушной среде цеха колебались в пределах от 6,4 мг/м<sup>3</sup> до 13,9 мг/м<sup>3</sup>, свинца – от 0,52 мг/м<sup>3</sup> до 1,4 мг/м<sup>3</sup>.



Ранее проведенные исследования по нозологическим формам заболеваемости показали, что болезни нервной системы занимают 4-ое место среди всей заболеваемости и являются причиной 6,2 случаев нетрудоспособности [4].

Анализ стажевой динамики показателей центральной нервной системы выявил достоверное преобладание тормозных процессов в коре головного мозга, нарастающих как к концу работы, так и при увеличении производственного стажа, проявляющееся в значитель-

ном удлинении латентного периода условно двигательного рефлекса на сенсорные звуковые и слуховые раздражители.

Детальный анализ показателей, данных в таблице 1, свидетельствует, что наиболее короткий латентный период на свет и звук отмечен у рабочих основной группы со стажем до 5 лет: ЛП ЗМР составил  $249,5 \pm 11,1$  мсек, ЛП СМР –  $214,8 \pm 10,1$  мсек, а ЛП СЗМР  $361,0 \pm 15,4$  мсек.

**Таблица 1 - Показатели функционального состояния центральной нервной системы рабочих цеха агломерации свинца, М±m**

Показатели	Стаж, лет					
	До 5		От 5 до 10		10 и более	
	В начале смены	В конце смены	В начале смены	В конце смены	В начале смены	В конце смены
ЛП СМР, мсек	$214,8 \pm 10,1$ $209,2 \pm 11,3$	$224,0 \pm 13$ $215,0 \pm 8,8$	$217,1 \pm 12$ $213,4 \pm 9,7$	$248,2 \pm 11$ $227,6 \pm 10,6$	$230,9 \pm 8,6$ $219,2 \pm 8,8$	$295,7 \pm 8,0^*$ $215,1 \pm 9,8$
ЛП ЗМР, мсек	$249,5 \pm 11,1$ $219,3 \pm 11,9$	$287,0 \pm 14,5^*$ $248,2 \pm 14,4$	$271,3 \pm 7,9^*$ $241,0 \pm 11,8$	$309,1 \pm 12^*$ $282,6 \pm 12,2^*$	$285,4 \pm 8,3$ $251,2 \pm 8,6$	$320,0 \pm 15,4^*$ $278,6 \pm 13,6$
ЛП СЗМР, мсек	$361,0 \pm 15,4^*$ $295,4 \pm 19,9$	$379,3 \pm 19,7$ $351,8 \pm 9,7^*$	$384,0 \pm 17,5$ $352,0 \pm 14$	$405,3 \pm 9,4$ $385,7 \pm 19,3$	$393,0 \pm 17,2^*$ $336,2 \pm 16,0$	$471,9 \pm 18,3^*$ $407,3 \pm 21,5^*$
КЧСМ, Гц	$35,1 \pm 1,3$ $35,3 \pm 1,04$	$27,7 \pm 0,8^*$ $29,8 \pm 1,2^*$	$33,8 \pm 0,95$ $34,5 \pm 1,04$	$25,9 \pm 1,4^*$ $29,2 \pm 1,3^*$	$30,05 \pm 1,1$ $33,8 \pm 1,6$	$24,1 \pm 1,5^*$ $27,4 \pm 1,7^*$

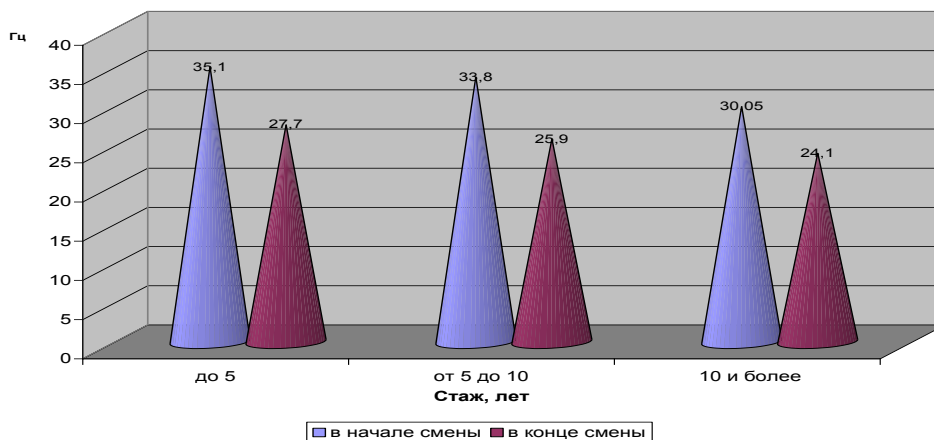
*Примечание:*  
в числителе – показатели основной группы, в знаменателе – показатели вспомогательных профессий;  
\* - средние, достоверно отличающиеся от значений в начале смены,  $p < 0,05$ ;  
♦ - средние, достоверно отличающиеся от значений вспомогательных профессий,  $p < 0,05$ .

По мере увеличения стажа производственной деятельности в условиях цеха агломерации свинца эти показатели достоверно удлинялись, достигая максимальных значений при стаже работы 10 лет и более ( $p < 0,05$ ): ЛП ЗМР –  $285,4 \pm 8,3$  мсек, ЛП СМР –  $230,9 \pm 8,6$  мсек и ЛП СЗМР –  $393,0 \pm 17,2$  мсек.

Изменения показателей наблюдались уже в течение смены. Время простой и дифференцировочной зрительно-моторной реакции удлинялось и составило соответственно при стаже до 5 лет  $265,3 \pm 10,2$  мсек и  $369,1 \pm 15,6$  мсек ( $p < 0,05$ ), при стаже от 5 до 10 лет –  $289,1 \pm 9,8$  мсек и  $396,5 \pm 12,2$  мсек ( $p < 0,05$ ), при стаже 10 лет и более  $304,3 \pm 11,0$  мсек и  $440,2 \pm 14,3$  мсек ( $p < 0,05$ ). В последующие часы работы эти изменения нарастали, увеличиваясь к концу смены.

Аналогичный характер носили изменения ЛП СМР. Заслуживает внимания большее увеличение скрытого времени ЗМР (на 14,4%) по сравнению с таковым СМР (на 7,5%). Производственная нагрузка, по-видимому, привела к изменению соотношения длительности скрытого времени реакции на свет и звук (ЛП ЗМР > ЛП СМР), при этом сдвиги в зрительном анализаторе в соответствии с принципом адекватности реагирования опережали сдвиги в слуховом анализаторе.

Показательным было и определение колебаний частоты слияния световых мельканий (КЧСМ), достоверное снижение которых происходило у рабочих цеха агломерации свинца, достигая минимальных значений у лиц основной группы со стажем работы более 10 лет (рисунок 1).



**Рисунок 1 - Показатели КЧСМ рабочих основных стажевых групп в динамике рабочей смены**

Это также свидетельствовало о нарастании утомления в результате производственной деятельности.

Полученные данные по возрастным группам также показали на ухудшение показателей с увеличением возраста.

Однако, динамика возрастных изменений носили плавный характер, соответствующий самому физиологическому смыслу процесса «старение», постепенному накоплению измененных признаков.

Характеризуя показатели тремометрии, свидетельствующие о точности координации движений, следует отметить заметное увеличение числа касаний стенок лабиринта в основной группе рабочих: с минимальным стажем работы с  $12,5 \pm 1,1$  в начале смены до  $16,9 \pm 0,8$  в конце смены, в средней стажевой группе - с  $14,1 \pm 0,9$  до  $19,3 \pm 1,2$ , в старшей стажевой группе - с  $18,1 \pm 0,7$  до  $23,8 \pm 0,9$  (таблица 2).

**Таблица 2 - Показатели тремометрии рабочих стажевых групп цеха агломерации свинца ( $M \pm m$ ).**

Показатели	Стаж, лет					
	До 5		От 5 до 10		10 и более	
	В начале смены	В конце смены	В начале смены	В конце смены	В начале смены	В конце смены
Тремор, кол-во касаний	$12,5 \pm 1,1$ $10,0 \pm 0,7$	$16,9 \pm 0,8^*$ $14,3 \pm 0,8^+$	$14,1 \pm 0,9^*$ $10,1 \pm 0,2$	$19,3 \pm 1,2^{*+}$ $15,0 \pm 0,3^+$	$18,1 \pm 0,7^*$ $15,0 \pm 0,8$	$23,8 \pm 0,9^{*+}$ $19,6 \pm 1,4^+$
Тремор, время выполнения теста, сек	$17,4 \pm 0,6^*$ $14,0 \pm 0,4$	$25,3 \pm 1,1^{*+}$ $22,0 \pm 1,4^+$	$23,5 \pm 0,8^*$ $16,0 \pm 0,7$	$26,2 \pm 0,7^{*+}$ $23,6 \pm 0,3^+$	$24,3 \pm 0,5^*$ $17,8 \pm 0,6$	$35,5 \pm 0,9^{*+}$ $30,0 \pm 0,45^+$
<p><i>Примечание:</i> в числителе – показатели основной группы; в знаменателе – показатели контрольной группы; + - средние, достоверно отличающиеся от значений в начале смены (<math>p &lt; 0,05</math>); * - средние, достоверно отличающиеся от значений вспомогательной группы (<math>p &lt; 0,05</math>).</p>						

Время, затрачиваемое на выполнение этого теста, так же удлинилось, как в динамике трудовой смены, так и с увеличением производственного стажа. С одновременным снижением в процессе работы мышечной выносливости у рабочих основной группы это свидетельствует о снижении устойчивости координационной функции и нарушении соотношения основных нервных процессов на различных уровнях ЦНС, в частности, двигательного анализатора.

Таким образом, большая загруженность, нерациональная организация трудового процесса, ручные производственные операции, требующие физических усилий и нервно-эмоционального напряжения, в сочетании с неблагоприятными гигиеническими условиями труда, вызывают однообразный поток афферентной импульсации, приводящей к торможению в ЦНС, в результате чего может возникнуть ранее развитие производственного утомления и снижение работоспособности.

Центральная нервная система, в свою очередь, как регулятор процессов в организме оказывает влияние на функциональное состояние всех систем.

#### **Выводы:**

1. Условия труда рабочих, занятых в процессе агломерации свинца, могут привести к функциональному напряжению организма.

2. Изменения со стороны ЦНС проявлялись увеличением времени простой и сложной слухо-моторной и зрительно-моторной реакцией, снижением КЧСМ.

3. Установлена прямая зависимость выраженности расстройств от стажа профессиональной деятельности.

#### **Практические рекомендации.**

На основании результатов проведенных исследований, которые показали, что условия труда работающих агломерационного цеха свинцового производства являются крайне неблагоприятными и влияют на функциональное состояние организма, были разработаны санитарно-технические, санитарно-гигиенические и медико-

профилактические мероприятия. Прежде всего, необходимо:

1. Провести комплексные мероприятия по механизации, автоматизации, качественной герметизации, организации эффективной приточно-вытяжной и механизированной уборки помещений на участках узлов оборотов, пересыпок ленточных транспортеров, у горнов агломашин и ряде других.

2. С целью снижения степени утомляемости необходимо проведение 5-10 минутных перерывов через каждый час.

3. Углубленное изучение функционального состояния рабочих при производстве свинца должно проводиться с использованием методик, позволяющих выявить физиологические сдвиги на ранних этапах в группах «риска» с учетом полученных собственных результатов исследования.

#### **Литература:**

1. Булешов М.А., Бейсембаева З.И., Ескерова С.У. Состояние санитарно-гигиенических условий труда на Шымкентском свинцовом заводе в условиях экономического кризиса на производстве // Актуальные проблемы клинической и теоретической медицины: сб. науч. тр. - Туркестан, 2000. - С. 90-94.

2. Измеров Н.Ф. К проблеме оценки воздействия свинца на организм человека // Медицина труда и промышленная экология. - 1998. - № 12. - С. 1-4.

3. Тихонов Н.Н., Шеремет Г.С., Ежков Т.С. Оценка нарушений функционального состояния нервной системы при свинцовом отравлении по данным содержания катехоламинов // Гигиена труда и профзаболевания: сб. науч. тр. - Алма-Ата, 1989. - С. 54-57.

4. Куленова Г.Б., Мурсалимова А.А., Амреева Л.М. Динамика изменения состояния центральной нервной системы у рабочих цеха агломерации свинца // Тезисы докладов науч. конф. - Усть-Каменогорск, 2004. - С. 50 - 51.

УДК 614.214+616-058

## АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖИТЕЛЕЙ «МСУ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ ОБЩЕГО ТИПА», Г. СЕМЕЙ

Р.М. Жумамбаева<sup>1</sup>, Д.К. Кожаметова<sup>1</sup>, С.К. Оразбекова<sup>2</sup>,  
И.А. Избасарова<sup>1</sup>, Е.М. Жумамбаев<sup>3</sup>, Г.К. Рахимбекова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Государственный медицинский университет города Семей,  
кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
<sup>2</sup> КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа г. Семей»,  
<sup>3</sup> ГМУ г. Семей, студент 207 группы ОМФ.

### Резюме

В Казахстане доля людей старше 60 лет увеличилась на 120 тыс. человек за последнее десятилетие. У пожилых людей много проблем и первое место занимает здоровье. Таким образом, оценка состояния здоровья лиц, проживающих в социальных учреждениях – важный аспект социальной медицины. Анализ структуры заболеваемости и инвалидности среди жителей КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей позволит оптимизировать основные направления профилактики и меры ухода за проживающими в учреждении.

### Тұжырым

#### СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ҚАРТТАР ЖӘНЕ МҮГЕДЕКТЕРГЕ АРНАЛҒАН ЖАЛПЫ ТИПТЕГІ МӘМ» ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ АУРУШАҢДЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫНА ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ

Р.М. Жумамбаева, Д.К. Кожаметова, С.К. Оразбекова,  
И.А. Избасарова, Е.М. Жумамбаев, Г.К. Рахимбекова

Соңғы 10 жылдықта Қазақстанда 60 жасан асқан адамдар саны 120 мыңға асты. Қарт адамдардың мәселелері өте көп, әсіресе бірінші орында денсаулық. Сондықтан әлеуметтік мекемелерде тұратын тұрғындардың денсаулық жағдайын бағалау – әлеуметтік медицинада маңызды аспект болып табылады. Семей қаласындағы «қарттармен мүгедектерге арналған жалпы типті МӘМ» КММ тұрғындары арасындағы аурушаңдық және мүгедектік құрылымын анализдеу мекеме тұрғындары арасындағы алдын – алу және күтім жасауға негізделген.

### Summary

#### АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖИТЕЛЕЙ «МСУ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ ОБЩЕГО ТИПА», Г. СЕМЕЙ

R.M. Zhumambayeva, D.K. Kozhahmetova, S.K. Orazbekova,  
I.A. Izbasarova, E.M. Zhumambayev, G.K. Rakhimberova

In the recent decade in Kazakhstan the proportion of persons older 60 was increased on 120 thousand. Older persons have a lot of problems and the first of which is health. Thus, the health assessment of the persons living in social establishments is an important aspect of social medicine. Structure analysis of morbidity and disability among the residents of KSU'S "Health care establishment for elderly and disabled persons of general type" of the Semey city will allow optimize basic directions of prophylaxis and care methods.

**Актуальность.** Одним из критериев, описывающих демографическую ситуацию на планете Земля, является постарение населения. По прогнозам ООН, к 2025 году численность пожилых людей увеличится в шесть раз. В соответствии с классификацией, принятой ВОЗ и геронтологической ассоциацией, к пожилым относятся люди в возрасте 60-74 лет, к старикам 75-90 лет, к долгожителям старше 90 лет [1]. Казахстан, по определению демографов, стоит на пороге старения населения. Согласно статистике, доля людей в возрасте 60 лет и старше увеличилась за последнее десятилетие с 5,6% до 6,7% всего населения Казахстана (примерно на 120 тысяч человек) и приблизилась к отметке полутора миллионов человек [2]. Согласно Стратегическому плану развития Республики Казахстан до 2020 года, ожидаемая продолжительность жизни населения должна увеличиться до 72 лет (в настоящее время составляет 68,4 лет).

Как известно, в восточных традициях главенствует принцип семейственности, общинности, когда дети несут ответственность за судьбу старшего поколения, равно как и наоборот. Этого нет в западных странах, но там сильны другие институты – государственные и общественные, контролирующиеся соблюдение прав и социальные условия жизни пожилых людей. ООН рекомендует для поддержания должного уровня качества

жизни людей преклонного возраста использовать все ресурсы – и государственные, и общественные.

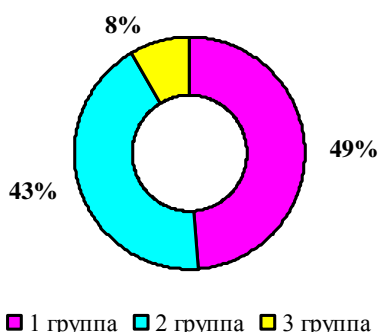
В Казахстане, конечно, преобладает восточный менталитет, но в условиях наступающей урбанизации, когда дети и внуки не хотят жить в одном доме со старшим поколением, все труднее сохранить былые традиции. В таких случаях тем, кто остался без семейной поддержки, должны помогать специальные службы, не столь важно, какого они происхождения. По данным статистики, в домах престарелых в Казахстане проживает порядка 5 тысяч стариков [2]. У пожилых людей достаточно много проблем, и одно из первых мест традиционно занимает здоровье. Это в основном связано с довольно высоким уровнем заболеваемости пожилых людей - в 2 раза выше по сравнению с группой работоспособного возраста, и стариков – показатель выше почти в 6 раз [3, 4]. Таким образом, оценка состояния здоровья лиц, проживающих в социальных учреждениях – важный аспект социальной медицины.

**Цель работы:** Изучить структуру заболеваемости КГУ «Медико-социальное учреждение для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей.

**Материалы и методы:** Для реализации поставленной цели было проведено анализ годовых отчетов медико-реабилитационного отделения КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей и карт

диспансерного наблюдения жителей учреждения за 3-х летний период.

**Результаты:** Было выявлено, что в период 2009-2011 годов в учреждении проживало 207 человек различных возрастов. Люди старческого возраста - от 75 до 89 лет (86 человек) - составили порядка 41,5% проживающих в учреждении. Лица в возрасте от 60 до 74 лет (109 человек) – пожилые – составили 52,7% проживающих. Лица в возрасте старше 90 лет (8 человек) – долгожители – составили 3,9% населения учреждения. 45-ти летнего возраста не достигли 4 жителя МСУ – 1,9% проживающих. Средний возраст проживающих в учреждении составил 72 года. Из них на инвалидности находятся 84 человека, среди которых 41 человек (48,8%) с 1 группой, 36 человек (42,9%) со 2 группой, 7 человек (8,33%) с 3 группой инвалидности (рис. 1)



**Рисунок 1 - Структура инвалидности среди жителей КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» в 2009-2011 годах**

Под диспансерным наблюдением в медико-реабилитационном отделении МСУ находился 191 человек – 92,3% всех проживающих в учреждении.

При анализе структуры диспансерной группы выявлено, что большое количество пациентов (60 человек)

страдают повышенным артериальным давлением, у 31 человека имеются остаточные явления после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (рис. 2). Другую большую группу составили пациенты с ишемической болезнью сердца – 33 человека. 25 человек страдают хроническими обструктивными болезнями; последствия перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы имеют 10 человек; анемией страдают 5 пациентов, болезнью Паркинсона - 1 человек, циррозом печени - 1, сиringомиелией – 2 пациента, заболеваниями периферической нервной системы – 3 человека, детским церебральным параличом – 5 пациентов.

**Выводы.**

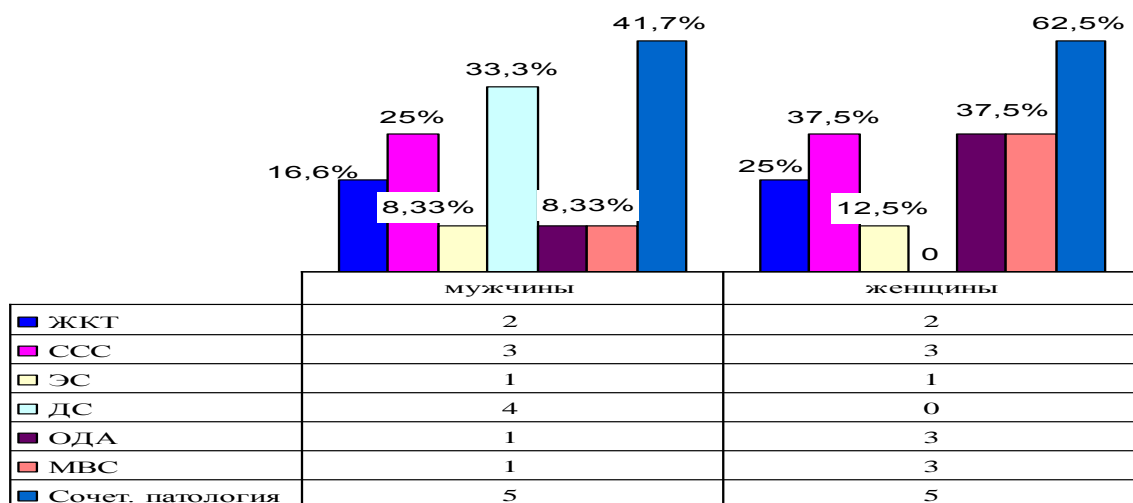
1. Анализ годовых отчетов медико-реабилитационного отделения КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей и карт диспансерного наблюдения жителей учреждения за 3-х летний период показал, что в большинстве случаев жителями учреждения являются лица в возрасте от 60 до 74 лет (пожилые).

2. 40,6% проживающих имеют инвалидность, в структуре которой значительное число лиц с 1-ой и 2-ой группами, что указывает на наличие тяжелых заболеваний у жителей учреждения.

3. Диспансеризацией в медико-реабилитационном отделении учреждения охвачено 92,3% всех проживающих в учреждении.

4. В структуры заболеваемости пациентов выявлено значительное преобладание сердечно-сосудистой патологии (артериальная гипертония, осложненная ОНМК, ишемическая болезнь сердца).

5. Анализ структуры заболеваемости и инвалидности среди жителей КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей позволит оптимизировать основные направления профилактики и меры ухода за проживающими в учреждении.



**Рисунок 2 – Структура заболеваний у обследованных лиц**

**Литература:**

1. Васильчиков В.М. - Успехи и проблемы геронтологической службы системы социальной защиты населения. – 2010.  
 2. «Экономика и статистика» - Бюллетень агентства Республики Казахстан по статистике. – Астана, – 2011.  
 3. Материалы 55 сессии Генеральной Ассамблеи ВОЗ – 2003.

4. Риффель А.В. «Избранные вопросы социальной геронтологии: правовой и медицинский аспекты». - Издательство «Академия естествознания», 2009.

5. Василенко Н.Ю. Социальная геронтология: Учебное пособие. - Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2005. - 140 с.

УДК 614.214+613.98

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ «МСУ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ ОБЩЕГО ТИПА» Г. СЕМЕЙ

Р.М. Жумамбаева<sup>1</sup>, Д.К. Кожаметова<sup>1</sup>, С.К. Оразбекова<sup>2</sup>, Л.Б. Дюсенова<sup>1</sup>, Е.М. Жумамбаев<sup>3</sup>,  
А.Б. Калымжанова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей, кафедра пропедевтики внутренних болезней, <sup>2</sup>КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа г. Семей»,

<sup>3</sup> Государственный медицинский университет города Семей, 207 группа ОМФ

### Тұжырым

**СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ «ҚАРТ ЖӘНЕ МҮГЕДЕК АДАМДАРДЫҢ ЖАЛПЫ ТҮРІ МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК МЕКЕМЕСІ» МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ БӨЛІМІНІҢ ДИСПАНСЕРЛІК ТОПТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ ЖАҒДАЙЫ**

**Р.М. Жумамбаева, Д.К. Кожаметова, С.К. Оразбекова, Л.Б. Дюсенова, Е.М. Жумамбаев, А.Б. Калымжанова**

Тұрғындардың қартаюлық тенденциясы, әсіресе дамыған елдерде, ғаламдық масштабта өсуде. Тұрғындардың қартаюына мынадай факторлар әсер етеді: тұрғындардың денсаулық жағдайы, денсаулық сақтау жүйесі. Зерттеудің мақсаты Семей қаласындағы «Қарттар және мүгедектерге арналған жалпы типті МЭМ» тұрғындары арасында диспансерлі топтағы медициналық – сауықтыру бөлімдерінде науқастардың денсаулық жағдайын бағалау.

### Summary

**A HEALTH STATUS OF THE DISPENSARY GROUP PATIENTS LIVING IN THE HEALTH-REHABILITATION DEPARTMENT OF "HEALTH CARE ESTABLISHMENT FOR ELDERLY AND DISABLED PERSONS OF GENERAL TYPE" OF THE SEMEY CITY**

**R. Zhumambayeva, D. Kozhahmetova, S. Orazbecova, L. Dusenova, E. Zhumambayev, A. Kalymzhanova**

The trend of population ageing is reinforced in a planetary scale, and especially in developed countries. By this hand the population ageing process will affect on different factors such as health status and health-care system. Concerning to this the main purpose of this research was a health status study of the dispensary group patients living in the health-rehabilitation department of "Health care establishment for elderly and disabled persons of general type" of the Semei city.

**Актуальность.** Отношение к старикам и детям – это универсальное мерило степени цивилизованности любого общества. Эта истина не нова, но сохраняет актуальность во все времена. Как свидетельствуют эксперты ООН, тенденция к старению населения усиливается в планетарном масштабе, и особенно, в развитых странах, где добились максимальных показателей долголетия. По данным Фонда народонаселения ООН, в 1950 году категория пожилых людей составляла 8 процентов; в 2000 году - 10 процентов; к 2050 году, по прогнозам, достигнет 21 процента, а это 2 млрд. человек. Специалисты Фонда утверждают, что примерно через 50 лет впервые в истории человечества на планете будет проживать больше пожилых, чем детей до 15 лет. Сегодня каждый десятый житель планеты принадлежит к возрастной группе старше 60 лет, а к 2050 году уже каждый пятый будет принадлежать к этой группе. Ожидается, что к этому времени количество тех, кому за 80, возрастет в 5 раз [1]. Старение населения уже сейчас кардинальным образом сказывается во всех областях повседневной жизни, так будет и в дальнейшем [2, 3]. Эксперты прогнозируют, что старение населения затронет экономический рост, сбережения, инвестиции и потребление, рынки

труда, пенсии, налогообложение и переход собственности и опеки от одного поколения к другому. Старение населения затронет такие факторы, как состояние здоровья населения, систему здравоохранения, вопросы состава семьи, условия жизни людей и даже миграцию [4, 5, 6].

**Цель работы:** Изучить состояние здоровья пациентов диспансерной группы медико-реабилитационного отделения «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей.

**Материалы и методы.** Проводилось физикальное обследование пациентов, исследование общих анализов крови, мочи, определение уровня глюкозы, мочевины, креатинина, холестерина, учтены результаты флюорографии органов грудной клетки, ЭКГ.

**Результаты.** На сегодняшний день обследовано 20 жителей дома престарелых, состоящих на диспансерном учете в медико-реабилитационном отделении учреждения.

20 обследованных были разделены на возрастные группы соответственно классификации ВОЗ и геронтологической ассоциации (2003 г.). На рисунке 1 представлена структура обследованных по возрастному критерию.

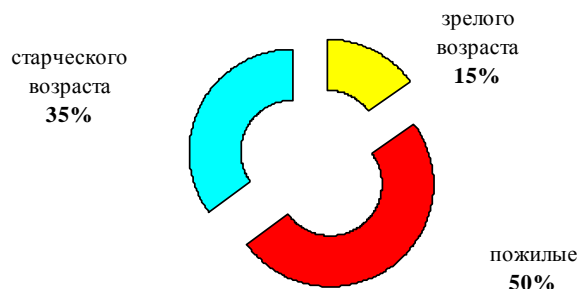


Рисунок 1. Структура обследованных по возрастному критерию

Как видно из рисунка, половину обследованных составили пациенты пожилого возраста, 35% пришлось на лиц старческого возраста, 15% составили респонденты зрелого возраста (до 60 лет).

На рисунке 2 показана структура обследованных по половому и национальному критерию. Так, доля женщин составила 40%, мужчин – 60%. Лица коренной национальности составили 40%, русские – 60%.

Проведенное обследование показало, что заболевания желудочно-кишечного тракта имели 16,6% мужчин и 25% женщин, патология ССС выявлена у 25% мужчин и 37,5% женщин, сахарный диабет был у 1 мужчины и у 1 женщины, заболевания системы органов дыхания – у 33,3% обследованных мужчин, 1 мужчина и 3 женщины имели заболевания опорно-двигательного аппарата, заболевания мочевыделительной системы страдали 3 женщины и 1 мужчина.



Рисунок 2. Структура обследованных по половому и национальному критерию.

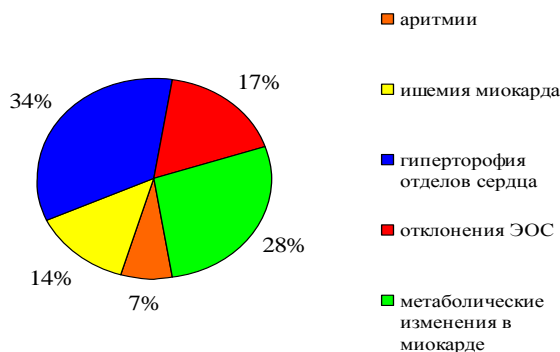


Рисунок 3. Структура нарушений в ЭКГ у обследованных лиц.

Привлекает внимание тот факт, что довольно часто у одного пациента встречаются несколько заболеваний – из числа обследованных 41,7% мужчин и 62,5% женщин имели сочетанную патологию. Анализ результатов лабораторных исследований показал наличие анемии у 1 человека на фоне хронического гастрита, повышение СОЭ - у лиц с патологией дыхательной системы (2 человека), с хроническим панкреатитом (1 человек), с пиелонефритом. Следы белка при исследовании мочи выявлены при обследовании 3 пациентов с артериальной гипертензией и у 1 больного хроническим пиелонефритом.

При ЭКГ-исследовании пациентов с патологией ССС у 7% выявлены нарушения ритма, у 14% - признаки ишемии миокарда, 34% имели гипертрофию левых отделов сердца, 17% - отклонения электрической оси сердца, у 28% обследованных имелись признаки метаболических нарушений в миокарде (рисунок 3).

Кроме того, 2 пациента с патологией ССС имели признаки застоя в малом кругу кровообращения по данным флюорографии органов грудной клетки. Флюорография также позволила выявить наличие у всех 4 пациентов с

патологией системы органов дыхания наличие различной степени пневмосклероза и эмфиземы легких.

**Выводы:**

1. Результаты обследования пациентов диспансерной группы медико-реабилитационного отделения «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей показали, что в диспансерной группе преобладают мужчины, лица некоренной национальности в возрасте от 75 до 79 лет.
2. Оценка структуры заболеваемости в диспансерной группе выявила преобладание сердечно-сосудистой патологии, которая в большинстве случаев сочеталась с другими заболеваниями.
3. Изучение результатов ЭКГ показало, что у большинства пациентов имелись выраженные метаболические изменения в миокарде, а также гипертрофия левого желудочка, в то время как нарушения ритма имели место в редких случаях.
4. Комплексное клинико-лабораторное обследование лиц диспансерной группы и выявление особенностей клинического течения заболеваний с учетом возрастных, половых и национального критериев позволят более дифференцированно подойти к вопросам профилактики и лечения жителей дома престарелых.

**Литература:**

1. Материалы 2-ой Всемирной ассамблеи по проблемам старения. - Мадрид, Испания. - 8-12 апреля 2002 г.
2. Васильчиков В.М. Успехи и проблемы геронтологической службы системы социальной защиты населения. – 2010г.
3. «Экономика и статистика». Бюллетень агентства Республики Казахстан по статистике. – Астана, – 2011 г.
4. Материалы 55 сессии Генеральной Ассамблеи ВОЗ - 2003 г.
5. Риффель А.В. «Избранные вопросы социальной геронтологии: правовой и медицинский аспекты». - Издательство «Академия естествознания», 2009 г.
6. Василенко Н.Ю. Социальная геронтология: Учебное пособие. - Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2005.-140с.



УДК 614+613.888.151.2

## СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

У.С. Самарова, Д.С. Мусина

Государственный медицинский университет города Семей

Summary  
**SOCIAL-HYGIENIC ASPECTS OF ABORTION**  
 U.S. Samarova, D.S. Mussina

*Actuality. Every day about 100 million sexual intercourses are accomplished in the world, there is conception in 910.000 cases, in 10% of these cases pregnancy ends with artificial abortion. From data of Worldwide organization of health protection the annual amount of surgical abortions exceeds 55 millions in the world, there are 300-500 abortions on every 1000 births, about 70 thousand women annually die from complications after surgical abortion, every fourth, cutting the first pregnancy short a surgical way, becomes sterile!*

Тұжырым  
**ЖАСАНДЫ ТҮСІКТІҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ АСПЕКТТЕРІ**  
 У.С. Самарова, Д.С. Мусина

*Өзектік. Күнделік тіалемде 100 миллион гажуық жыныстық акттар жасалынады, 100 млн. жаздайдың ішінде 910 000 жаздайларда ұрықтану үрдісі басталады, ал 10%-ыт үсік жасайды (91000). Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша жылдық хирургиялық түсіктің саны 55 млн.-нан артады. Жылда 70 мың гажуы қай елдер хирургиялық түсіктің қас қынуынан қайтыс болады, ал әрбір төртінші әйелде түсік жасағаннан кейін бедеулік байқалады.*

**Актуальность.** Ежедневно в мире совершается около 100 млн. половых актов, в 910.000 случаев происходит зачатие, в 10% этих случаев беременность заканчивается искусственным абортom. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодное количество хирургических абортom в мире превышает 55 млн, на каждые 1000 рождений приходится 300-500 абортom, около 70 тыс. женщин ежегодно умирают от осложнений после хирургического абортom, каждая четвертая, прервав первую беременность хирургическим путем, становится бесплодной!

**Цель:** Целью данной работы является изучение социальных, гигиенических аспектов искусственного прерывания беременности.

**Задачи:** Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи: 1) проведение экспресс-опроса (анкетирование) среди девушек в возрасте от 18 до 25 лет в школах, университетах, больницах г. Павлодар, РК; 2) изучение индивидуальных карт беременных и родильниц; 3) оценка состояния здоровья женщин фертильного возраста и проведение мониторинга.

**Материалы и методы.** Работа была выполнена на базе женской консультации КГКП «Поликлиники №1» города Павлодар, обслуживающее население численностью 95080 человек, регистрируемое количество женщин фертильного возраста – 25616.

**Результаты исследования.** I. За 2011 год зарегистрировано 195 абортom: прервали свою беременность

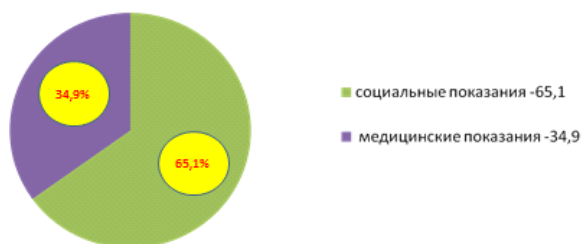
по медицинским – 34,9% и социальным показаниям – 65,1%. При изучении индивидуальных карт беременных и родильниц, установилось, что многие женщины фертильного возраста сделали аборт по медицинским показаниям вследствие различных заболеваний. Самые распространенные заболевания, приводящие к осложнению и прерыванию беременности: артериальная гипертензия – 36,7%, хронический пиелонефрит – 25%, анемия – 29,4%, бронхопневмония – 7,3% и т.д. Даже хронический гастрит – 16,1%, холецистит – 17,6%, панкреатит – 14,7% может привести к таким губительным последствиям. Это означает, что прекрасная половина человечества не серьезно относится к своему здоровью, а факторами развития заболевания является, во-первых, не правильное питание, образ жизни и санитарно-гигиеническая не грамотность населения, во-вторых, многие женщины совсем не предохраняются противозачаточными средствами. Некоторые пользуются презервативами, принимают таблетки, но эти средства, увы, не помогают защититься от беременности и инфекционных заболеваний.

Общее количество абортom:  
 163 хирургических абортom + 32 медикаментозных = 195.

Как известно, основными показаниями к проведению искусственного абортom являются:

Медицинские показания – 68 случаев;  
 Социальные показания – 195-68=127

Основные показания к проведению искусственного прерывания беременности в %

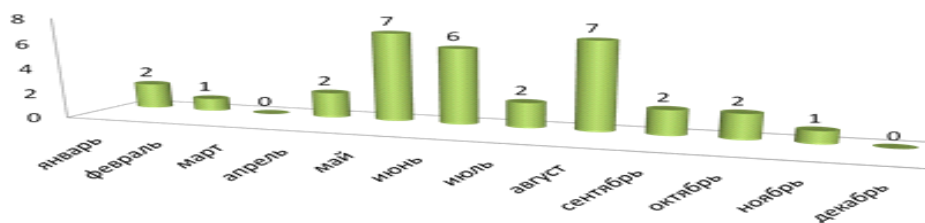




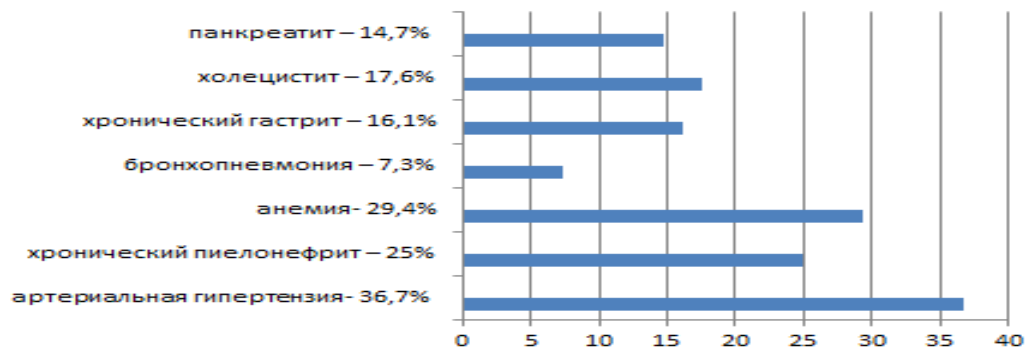
Количество хирургических аборт за 2011 год - 163



Количество медикаментозных аборт за 2011 год - 32.



Самые распространенные заболевания, приводящие к осложнению и прерыванию беременности:



II. Опросив 160 молодых девушек в возрасте от 18 до 25 лет (из этого числа 150 респондентов ответили полностью на все заданные вопросы) выяснилось, что 57,1% замужних девушек в этом возрасте искусственным путем прервали беременность, 42,9% не абортiroвались. Прерывают беременность по разным причинам – материальные трудности и плохие жилищно-бытовые условия, отсутствие мужа, конфликты в семье, по настоянию близких людей, боязнь потерять работу (учебу). Следующий вопрос «Стоит ли закономерно запретить аборт?» Общество разделилось на два лагеря: один - за запрет абортов, другой настаивает на том, что это личное дело каждой девушки. По расчетам получились следующие цифры: 54,8% за аборт, 36,5% против прерывания беременности, 8,7% затруднились ответить.

**Заключение.** Таким образом, после проведенного исследования и получения результатов можно сделать следующие выводы: многие незамужние девушки прерывают беременность, не проводится статистика среди незамужних девушек в возрасте от 18 до 25 лет, также стоит запретить аборты в РК по собственному желанию и эту проблему нужно решать на государственном уровне. Да, все понимают, что юридический запрет на аборты может породить увеличение числа криминальных абортов, суицидов, инфицированных больных, резко возрастет число подкидышей. Но рано или поздно все это закончится, так как молодые люди будут более серьезно подходить к вопросам планирования семьи и вести правильный здоровый образ жизни.



**Рекомендации для снижения количества абортов.**

1) Во время посещения врача беременная должна получить более подробные сведения об отрицательном влиянии на плод никотина, алкоголя, наркотиков, неизвестных или известных медикаментов, обладающих тератогенным действием.

2) Врач обязан ознакомить женщину с режимом дня беременной, необходимостью своевременного отдыха, достаточного сна, рационального питания в отдельные сроки беременности; Если беременность протекает без осложнений, то визиты к врачу должны быть не реже 1 раза в 4 недели до 28-недельного срока, 1 раз в 2 недели с 28- до 36-недельного срока и 1 раз в 7 дней в последние недели беременности.

3) Проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни, профилактики абортов, контрацепции.

4) Проведение скрининговых программ для выявления беременных женщин группы повышенного риска врожденных и наследованных заболеваний плода и осложненного течения беременности (определение уровня альфа-фетопротеина).

**Литература:**

1. Айламазян Э.К. Акушерство.- Санкт-Петербург. - "СпецЛит". - 2000. - С.23-24.
2. Савельева Г.М. Гинекология. - Москва. "ГЭОТАР-Медиа". - 2011. - С.329-331.
3. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Акушерство. - Москва. "ГЭОТАР-Медиа". - 2008. - С.503.

УДК:614+618.2

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЙ ПО ПЕРИНАТАЛЬНОМУ УХОДУ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА**

М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлюбаева, Г.О. Есенгельдинова, К.Г. Влащенко

*Государственного медицинского университета города Семей  
Кафедра акушерства и гинекологии №2*

**Тұжырым**

**ҚАЛАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ПЕРЗЕНТХАНА МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ПЕРИНАТАЛДЫ КҮТІМ ЕҢГІЗІЛУІНІҢ ТИІМДІЛІГІ**

*Бала және ананы қорғау, дүниеге келген балалар санын көбейту, бала және ана өлімін азайту Қазақстан Республикасы саясатының негізгі бағыты. ДДҰ тиімді перинатальды күтім бойынша халықаралық жобасын қалыптастырды. Оның негізгі мақсаты бала және ананы қорғау, бала және ана өлімін азайту.*

**Summary**

**EFFECTIVE IMPLEMENTATION OF SOFTWARE FOR PERINATAL CARE ACCORDING TO THE CITY OF CLINICAL MATERNITY HOSPITAL**

*Maternal and child health, increasing fertility and reducing infant and maternal mortality is by far the most important area of public policy of the Republic of Kazakhstan. WHO has formulated an international program on effective perinatal care (EPI), which aims to improve maternal and child health, maternal and child mortality.*

**Актуальность.** «Доклад о состоянии здравоохранения в мире» в этом году выходит в то время, когда осталось всего лишь несколько лет до достижения Целей тысячелетия в области развития, в которых воплощены согласованные в международных масштабах надежды в области развития для населения всего мира и которые должны быть реализованы к 2015 году. Эти

цели подчеркивают значение улучшения здоровья, и особенно здоровья матерей и детей, в качестве неотъемлемой части уменьшения масштабов распространности нищеты [1].

Охрана здоровья матери и ребенка, повышение рождаемости и снижение младенческой и материнской смертности на сегодняшний день является важнейшим

направлением государственной политики Республики Казахстан. В рамках стратегии развития страны были поставлены задачи по улучшению охраны матери и ребенка в рамках международных обязательств Казахстана, определенных ООН в Целях развития тысячелетия. Одним из главных моментов стратегии является улучшение медико-демографической ситуации в стране. ВОЗ сформулирована международная программа по эффективному перинатальному уходу (ЭПТ), которая нацеливает на улучшение охраны здоровья матери и ребенка, снижение материнской и детской смертности [2].

С учетом сказанного, на сегодняшний день является актуальным разработка и внедрение в практическое здравоохранение высокоэффективных средств мониторинга эффективности новых перинатальных технологий, что позволит повысить качество оказания медицинских услуг населению.

**Цель исследования:** Оценить результаты внедрения новых перинатальных технологий в г. Семей, рекомендованных ВОЗ. Для этой цели был использован «Инструмент для оценки качества стационарного обслуживания матерей и новорожденных», разработанный Европейским бюро ВОЗ.

**Материалы и методы:** отчетные статистические данные названной выше медицинской организации, медицинские карты матерей, анкетирование матерей.

**Результаты и их обсуждение:** Сравнительный анализ основных показателей за 9 месяцев 2010 и 2011 годов: количество родов по ГКРД составило в 2010 г – 2055, в 2011г – 1503 (в связи принятием регионализации стационарной помощи беременным, отмечается уменьшение количества родов в 2011 году) в том числе преждевременные роды – соответственно 101 (4,3%), 27 (1,7%). Уменьшение количества преждевременных родов связано, прежде всего, с внедрением в практику приказа о регионализации. Уменьшилось количество индуцированных родов с 110 (5,3%) до 34 (2,2%), кровотечений в третьем периоде родов с 53 (2,5 %) до 45 (2,9%). По данным городского клинического родильного дома отмечается уменьшение следующих показателей: послеродовые кровотечения с 79 (3,8%) до 41 (2,7%), гистероэктомии с 13 (0,6%) до 2 (0,13 %), ручное вхождение в полость матки с 169 (8,2 %) до 52 (3,4%), разрыв

промежности с 102 (4,9%) до 27 (1,7%), разрыв слизистой влагалища с 272 (13,2%) до 126 (8,3%).

В нашей работе представлены результаты проспективного анализа с использованием «Инструмента для оценки качества стационарного обслуживания матерей и новорожденных», разработанный Институтом здоровья ребенка г. Триест, Италия совместно с Европейским региональным бюро ВОЗ. Было проанкетировано 150 матерей в послеродовом периоде. Средний возраст опрошенных женщин составил 27,5 лет и большую часть из них составили первородящие женщины 69 (46 %).

Информацию о новых технологиях ведения родов и грудном вскармливании женщины должны получать на амбулаторных приемах во время беременности. Однако отвечая на вопрос «Получали ли Вы какую-либо информацию о родах у врача в СВА?» 66% (99) женщин ответили «нет». Вопрос: «Получали ли вы информацию о грудном вскармливании?» 86% (129) женщин ответили «нет».

Программа Эффективных перинатальных технологий рекомендует отказаться от определенных рутинных технологий, применявшихся ранее в родах, которые, однако, продолжают выполняться в наших родильных стационарах. Данные по технологиям, от проведения которых в родах необходимо отказаться, были представлены следующим образом: в 28% (42) случаев была выполнена амниотомия, нажимали на матку со стороны живота, помогая опускаться ребенку вниз - 46 (69).

Одним из важных моментов послеродового ухода является послеродовая контрацепция. До родов контрацептивами пользовались 28% (42) респондентов, а остальная группа не пользовалась и не знает, какие контрацептивы существуют и чем отличаются друг от друга. Нас заинтересовал вопрос «Были ли у Вас аборты» - 36% (54) женщин отметили «Да». Однако вопрос послеродовой контрацепции с родильницами обсуждался только в 30% (45).

На вопрос «Какие контрацептивы Вы предпочтете?» (диаграмма 1). Большинство из опрошенных затруднялись ответить на данный вопрос, выбор останавливался на внутриматочной спирали, так как с другими видами контрацептивов женщины плохо знакомы, либо вообще ничего не знают.

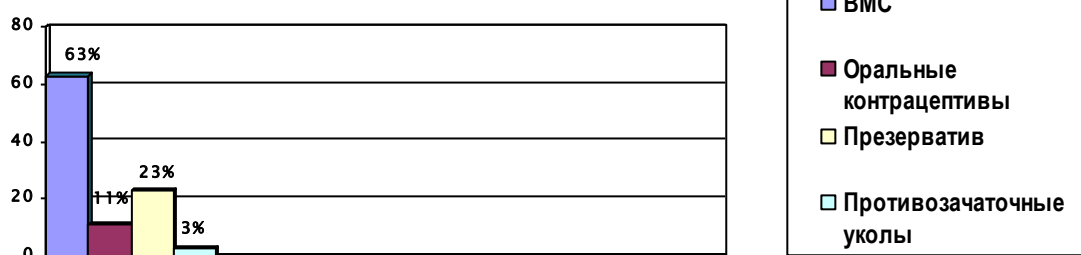


Диаграмма 1.

Вопрос «Хотели бы Вы воспользоваться контрацептивами, чтобы опять не забеременеть?» 85% респондентов ответили «ДА». Всех респондентов интересуют вопросы послеродовой контрацепции, механизм действий, побочные эффекты.

Выводы: внедрение эффективных перинатальных технологий позволило снизить частоту некоторых осложнений в родах. Поэтому необходимо продолжить внедрение новых технологий по ведению родов в рабо-

ту родильных стационаров г. Семей и разработать алгоритм послеродовой контрацепции.

#### Литература:

1. Доклад ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире», 2005 г.
2. Сайт Министерства Здравоохранения РК <http://www.mz.gov.kz>.

УДК 616.67-616-002.36

## ФЛЕГМОНА МОШОНКИ (Случай из практики)

А.М. Кусаинов

Учреждение «Почечный центр», г. Семей

Тұжырым  
ҰМА ФЛЕГМОНАСЫ  
Ә.М. Құсайынов

Қосымша ауыр дәрежелі жүрек қантамырлары патологиясымен бірге ұма флегмонасымен ауырған ересек адамды комплексті оперативті-медикаментозды емдеу тиімділігі жөніндегі жағдай қарастырылған.

### Summary THE PHLEGMONE OF SCROTUM A.M. Kusainov

The article about clinical case of effective complex of surgical and therapeutic method of treatment of the scrotum phlegmone in elderly patient with accompanied severe cardiovascular pathology.

Впервые это заболевание было описано французским врачом Фурнье. Молниеносная флегмона мошонки представляет собой внезапно начинающийся и бурно протекающий воспалительный процесс в мошонке с быстрым развитием некроза ткани. Возбудителем является золотистый стафилококк, стрептококк, протей, кишечная палочка и т.п. Это довольно редкое заболевание, в мировой литературе описано 300 случаев (до 1978г). До открытия антибиотиков летальность при данном заболевании составляла 40%. В настоящее время колеблется, по данным разных авторов, от 8 до 23%. [1,2] Летальность зависит от площади поражения, своевременности оперативного вмешательства, активности лечения, сопутствующей патологии.

Факторами, способствующими развитию флегмоны кожи мошонки, являются травмы, осложнения оперативного вмешательства, септикопиемия, мокнущая экзема. Имеет значение иммунный статус больного, а также сопутствующие заболевания как сахарный диабет, цирроз печени, сосудистые заболевания. Анатомическое строение кожи мошонки имеет ряд особенностей: слой эпидермиса тоньше, чем на других участках кожи, подкожно-жировая клетчатка развита слабо все это способствует развитию воспаления. Немаловажную роль в возникновении гангрены имеют условия кровоснабжения мошонки. Множественный тромбоз вен при инфекции влечет за собой гангрену кожи мошонки, особенно при анаэробной инфекции. Морфологически: в оболочках мошонки картина гнойного воспаления с образованием микроабсцессов, в региональных лимфоузлах - очаги некроза.

Клинически течение заболевания крайне тяжелое. Различают общие симптомы: лихорадка, недомогание, лейкоцитоз со сдвигом влево и местные - отек мошонки и гиперемия кожи, которая без резких границ переходит на половой член, промежность, переднюю брюшную стенку. На коже мошонки пятна темно-бурого цвета, указывающие на гангрену. Известен случай тотального некроза кожи, наблюдается регионарный лимфангоит и лимфаденит. Бурное течение заболевания, сопровождающиеся резким отеком мошонки и полового члена, может вызвать затруднение мочеиспускания вплоть до острой задержки мочи. В начальной фазе заболевание приходится дифференцировать с острым орхоэпидидимитом и мокнущей экземой мошонки.

Лечение, в основном, оперативное. При ограниченной флегмоне показано вскрытие гнойника, при разлитой - лампасные разрезы с орошением раны перекисью водорода, на фоне антибактериальной и дезинтоксика-

ционной терапии. При больших дефектах кожи мошонки производят пересадку кожи. Прогноз заболевания зависит от своевременной и правильной терапии, площади поражения и общего состояния больного. По материалам 1 съезда урологов Белоруссии в период с 1987 г. по 2007 г. из 29 больных наблюдавшихся умерло 5 человек, что составило 17% [3]. В нашей клинике, обслуживающей более 300тыс. населения, в период с 2004 г. по 2011г. наблюдалось всего 4 случая флегмоны мошонки с благоприятным прогнозом.

В связи с редкостью данной патологии и эффективностью проведенной терапии мы представляем один из этих 4-х случаев. 17 октября 2007г. в 18 часов каретой скорой помощи доставлен в урологическое отделение учреждения «Почечный центр» больной Ч., 67 лет, с направительным диагнозом: Гематома промежности. Жалобы при поступлении на боли, припухлость мошонки и промежности, повышение температуры тела до 39°, недомогание. В анамнезе болеет в течение недели, лечился амбулаторно у хирурга по поводу хронического геморроя - проводилась перинальная анестезия. Ухудшение состояния в течение суток. В анамнезе инфаркт миокарда в 2005г., кардиальный цирроз печени. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы несколько желтушные, склеры субиктеричные. Отеки стоп, голеней. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы с обеих сторон. Сердце тоны приглушены, ритм правильный, пульс 98 ударов в 1мин., АД-110/70 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из - под края реберной дуги на 2 см. Мочеиспускание самостоятельное. Локально: Мошонка отечная, багрового цвета, при пальпации болезненная, определяется подкожная крепитация, яички обычных размеров, безболезненные. У корня мошонки, в области промежности, пальпируется инфильтрат размером 5,0 x 7,0 см., кожа гиперемирована. Выставлен диагноз: Флегмона мошонки. В анализах крови: лейкоцитоз - 21,0 10<sup>12</sup>/л со сдвигом влево, гемоглобин-141г/л., в моче: белок 0,66 г/л, лейкоциты - в большом количестве, эритроциты 4-5-9 в п.з., мочевины крови - 9,8 ммоль/л., креатинин крови - 2,18 мг%, сахар крови - 3,9ммоль/л, общий билирубин - 131,6 ммоль/л.

Назначена антибактериальная терапия - зинацеф 750мг х 2раза в/венно, метрид 100мл х2 раза в/венно, пенициллин 6 млн. ед. 1раз в/венно и по 1млн.ед х4 раза в/м, дезинтоксикационная терапия. Консультирован терапевтом. Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения. ФКЗ. Постинфарктный кардиосклероз.(2005). Н2Б.

Сердечная астма. На ЭКГ-синусовый ритм, с ч.с.с. 100 ударов в 1 мин. Гипертрофия левого желудочка. Рубцы на задней и переднебоковой стенках левого желудочка. После премедикации больной взят на операционный стол. Под перидуральной анестезией произведены два параллельных лампасных разреза от корня мошонки до промежности. При ревизии выделилась серозно-геморрагическая жидкость в большом количестве с резким зловонным запахом и выделением газа, ткани некротизированы. Произведена некрэктомия. Взят бак. посев отделяемого из раны, некротическая ткань - на гистологию. Рана дренирована силиконовой трубкой, турундами с перекисью водорода. Послеоперационный диагноз: Гнилостная флегмона мошонки.

В послеоперационном периоде состояние больного остается тяжелым, отмечается нарастание признаков азотемии; повышение уровня креатинина с 2,36 мг% до 3,27 мг%, мочевины до 17 ммоль/л., билирубина 131 ммоль/л, прямой фракции - 63,9 ммоль/л. В общем анализе крови лейкоцитоз снизился до  $10,5 \times 10^{12}/л.$ , СОЭ-25 мм/ч. Суточный диурез уменьшился до 300 мл. У больного развились явления печеночно-почечной недостаточности интоксикационного характера. На перевязках первые несколько суток - рана с некротизированной тканью и резким неприятным запахом. Результат гистологии: кожа и подкожная клетчатка в состоянии некроза с очаговыми кровоизлияниями и обильной лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией. Бактериологический посев отделяемого из раны: выделена кишечная палочка.

Больному проводилась активная терапия: антибиотикотерапия с учетом чувствительности, инфузионно-детоксикационная терапия до 2.0 л. в сутки, включая кровозаменители, антиагреганты, гепатопротекторы (эссенциале), сердечные, стимуляция диуреза. На 5-е сутки начат курс гипербарической оксигенации. Ежедневно перевязки с перекисью водорода, ксероформом. В результате проведенного лечения состояние больного улучшилось, диурез нормализовался, улучшились биохимические показатели крови: уровень мочевины - 9,0 ммоль/л, креатинина - 1,63 мг%, билирубина - 62 ммоль/л. Местно: рана очистилась, гранулирует, уменьшился отек мошонки.

Флюорография органов грудной клетки: в легких усиление и деформация легочного рисунка, справа в нижних отделах плевральные спайки. Синусы свободные. Сердце расширено за счет левого желудочка. На 11-е сутки после операции у больного появились боли за грудиной, сердцебиение, усилилась одышка. На ЭКГ - синусовый ритм с ч.с.с. 81 уд. в 1 мин., прерываемые политопными экстрасистолами. На фоне рубцовых полей в области переднебоковой стенки левого желудочка повторный инфаркт миокарда.

Консультирован кардиологом, диагноз: ИБС. Повторный инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка, острая стадия. Постинфарктный кардиосклероз (2005 г.) политопные экстрасистолы. Лечение дополнено: обезболивающее, изокет 10,0 в/в на физ. растворе, фраксипарин подкожно, метаболики, кордарон.

На 20-е сутки состояние больного улучшилось, гемодинамика стабилизировалась, диурез положительный. Заживление раны вторичным натяжением. Нормализовались биохимические показатели: уровень креатинина - 1,0 мг%, мочевины - 5,8 ммоль/л, общего билирубина - 26 ммоль/л, прямой фракции 8,2. На ЭКГ ритм синусовый, инфаркт миокарда в стадии рубцевания. На 40-е сутки больной выписан с улучшением на амбулаторное долечивание у хирурга, кардиолога.

Таким образом, данный случай показателен в лечебном и прогностическом плане. Благодаря своевременной адекватной комплексной оперативно-медикаментозной терапии исход болезни был благоприятным. При составлении программы лечения учитывались все звенья патогенеза основного заболевания и тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой патологии у пожилого мужчины. При развитии и основного, и сопутствующего заболевания имело место тяжелая степень гипоксемии, на устранение которой было направлено действие гипербарической оксигенации.

#### Литература:

1. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. // Неотложная урология. 1988. с. 54
2. Национальное руководство по урологии/ под редакцией Лопаткина Н.А. Москва. 1994. с.346

УДК 616.36-004-06:616.149-008.341.1+616.329/33-005

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Т.К. Тлегинов

Медицинский Центр корпорации «Казахмыс», г. Жезказган

#### Резюме

*Предоставлено клиническое наблюдение случая применения метода эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода, при остром пищеводном кровотечении, у пациента с циррозом печени. Описанный случай демонстрирует как лечебно-диагностические возможности современной эндоскопии, так и эффективность эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода в лечении подобных заболеваний.*

#### Тұжырым

**БАУЫР ЦИРРОЗЫМЕН АУРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ВАРИКОЗДЫ КЕҢЕЙГЕН ӨНЕШ КӨК ТАМЫРЛАРЫН ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ӘДІСПЕН БАЙЛАУ (ПРАКТИКАДА БОЛҒАН ЖАҒДАЙ)**

Т.К. Тлегинов

*Бауыр циррозының өлімінің негізгі себептерінің бірі- ол өнештің көк тамырларының кенею нәтижесі кезіндегі қан кетуі. Осындай тәрізді қан кетудің алдын-алу шараларының алған түрлеріне қарамастан, оның пайда болуы жиі болып отыр. Зерттеу мақсаты бауыр циррозы, порталды гипертензия кезіндегі өнештің көк тамырларының*

кеңеюі нәтижесін-дегі, қан кетудің алдын-алу әдісі ретінде эндоскопияның көмегімен байлауы /лигирование/ нәтижесінде зерттеу. Алынған қорытындылар бойынша эндоскопиялық байлау, бавью циррозы жеке порталды гипертензия нәтижесіндегі пайда болған өнештің көк тамырларының кеңеюі кезіндегі, қан кетудің алдын-алу шараларының өте жақсы әдісі екенін көрсетеді.

**Summary**  
**THE METHOD OF ENDOSCOPIC LIGATION OF ESOPHAGEAL VARICES**  
**IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS (CASE REPORT)**

Т.К. Тлеғенов

*Bleeding from esophageal varicose is a major cause of death of patients with liver cirrhosis. Despite the variety of methods used to prevent such bleeding frequency of their development remains high. The aim of the investigation was to study the effectiveness of endoscopic ligation, as a method to prevent bleeding from esophageal varicose in patients with liver cirrhosis and portal hypertension. Based on the analysis of the results it was suggested that endoscopic ligation is an effective method of preventing bleeding from esophageal varices in patients with liver cirrhosis and portal hypertension.*

Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка является самым частым и опасным для жизни больного осложнением портальной гипертензии и развивается у 80% пациентов. Для 22–84% больных первый эпизод кровотечения является смертельным, у 50–70% пациентов в течение нескольких дней возникает рецидив, двухлетняя выживаемость после первого кровотечения не превышает 40%. Временная или окончательная остановка кровотечения из флелектазии пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией является одной из основных задач консервативного лечения. В настоящее время у пациентов с острым кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода общепринятым лечебным мероприятием является установка зонда-обтуратора Блэкмора, являющегося по сути первоочередным методом лечения данной категории больных. Использование зонда-обтуратора в составе комплексной терапии позволяет в сроки от 6 ч до 4 сут у 50–90% больных добиться временного гемостаза, хотя рецидивы кровотечения в дальнейшем развиваются у 20–40% больных. Одним из альтернативных методов является эндоскопическое лигирование варикозных узлов при пищеводном кровотечении.

Лигирование с помощью колец позволяет останавливать острое кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода не менее эффективно, чем склеротерапия, однако сложнее производить в условиях продолжающегося кровотечения.

Больной А., 1970 года рождения, госпитализирован 5.10.2011 в хирургическое отделение Медицинского Центра Корпорации Казахмыс с жалобами черный стул, рвота кровью общую слабость. Ввиду повторного кровотечения больной переведен в ОАРИТ.

Anamnesis vitae: Рос и развивался соответственно возрасту. Болезнь Боткина отрицает. Наследственность и аллергоанамнез спокоен.

Anamnesis morbi: В июле 2011 установлен диагноз цирроз печени. В тот момент также было острое пищеводное кровотечение. После консервативного лечения был выписан в удовлетворительном состоянии. Со слов пациента 2.10.2011 работал в огороде (копал). 3.10.2011 обнаружил появление черного стула. 5.10.2011 появилась рвота кровью, доставлен в Медицинский Центр, госпитализирован в хирургическое отделение.

Объективно на момент поступления: состояние тяжелое (за счет кровопотери). В сознании. Положение пассивное ( в постели). Нормального питания. Кожные покровы бледные. Отечность лица. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ослабленные, ритмичные, с ЧСС 100 в 1 минуту. АД

120/80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный, черного цвета. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон.

Проведено дополнительное обследование:

ОАК 5.10.2011 СОЭ 8 мм/ч, НВ 60 г/л, L 4,3 x 10<sup>9</sup> /л, Э 2,01 x10<sup>12</sup> /л, тромбоциты 85 x10<sup>6</sup> /л, Lym 8.6%. Neut 82.3%. Mxd 9.1%

ОАМ 5.10.2011 уд. вес 1020, белок 0 г/л, реакция кислая, L един. в п/зр, эпит. един. в п/зр.

БАК 5.10.2011 глюкоза 5,89 ммоль/л, АЛТ 42 ммоль/л, АСТ 14 ммоль/л, Na 142ммоль/л, К 3,9ммоль/л, Са 2,23ммоль/л, ЩФ 85 U/L, ГГТП 37 U/L, холинэстераза 3574 U/L, алкоголь 1,0ммоль/л, СРБ 1,0 mg/dl, сывороточное железо 3,3 ммоль/л, общий белок 61 г/л.

Коагулограмма: ПВ 34,6 сек., ПТИ 58,5%, АЧТВ 31,5 сек.

ИФА на маркеры гепатитов 27.07.2011 HBsAg-10100 (+). AntiHCV-0.28 (-).

Группа крови 02.08.2011 A(I) первая, Резус (+).

Кровь на СПИД АТ к ВИЧ 1-11 не выявлено.

ЭКГ 05.10.2011 Синусовая тахикардия с ЧСС 104 в минуту. Нормальное положение ЭОС.

ЭГДС 05.10.2011 Пищеводная флелектазия III ст. Кровотечение по Forrest IIA.

ЭГДС 06.10.2011 Проведено эндоскопическое лигирование с помощью сета Speedband Superview Super 7 фирмы Boston Scientific.

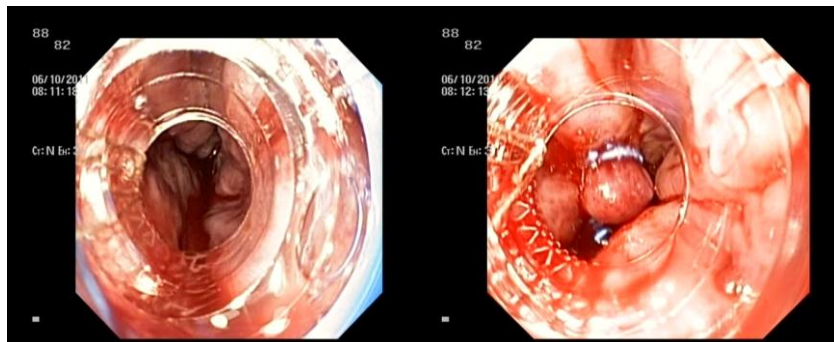
После проведенного эндоскопического лигирования кровоточащих венозных узлов, кровозаместительной, гемостатической, антисекреторной, витаминной терапии отмечается положительная динамика, улучшение самочувствия. В ОАК поднялся уровень НВ до 98 г/л.

Выписан с улучшением на амбулаторное наблюдение.

**Вывод:**

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода – одна из основных причин смерти больных с циррозом печени. Несмотря на многообразие методов, применяемых для профилактики подобных кровотечений, частота их развития остается высокой. Цель исследования – изучение эффективности эндоскопического лигирования как метода профилактики кровотечений из ВРВП у больных с циррозом печени, портальной гипертензией. Полученные результаты дают возможность утверждать, что эндоскопическое лигирование является эффективным методом профилактики кровотечений из ВРВП у больных с циррозом печени, синдромом портальной гипертензии.



**Литература:**

1. Федоров Е.Д., Михалев С.Ю., Орлов С.Ю. и др. Эндоскопическая диагностика и остановка острых гастродуоденальных кровотечений и прогнозирование риска их рецидива / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2002. - № 1. - С. 9-18

2. Мяукина Л.М., Филин А.В., Зубовский Ю.Ю. и др. Особенности методики эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода / Анналы хирургической гепатологии 2000. -Т.5№2.-С.244

3. Мишин И.В. Эндоскопическое лигирование в профилактике рецидивов кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода / Анналы хирургической гепатологии 2000.-Т.5, №2 - С.243

4. Зарипов Ш.А., Мингазов Р.С., Зарипов Т.Ш. Применение эндолигатур в профилактике кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода / Анналы хирургической гепатологии 2000.-Т.5, №2-С. 227

УДК 616.155.392-053.31-616.714.1-007.125

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ЛЕЙКОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДАУНА

К.К. Джаксалыкова, К. Д. Абаева, Г.М. Мейремханова,  
А.К. Жамантаева, Г.Б. Тайоразова

*Государственный медицинский университет города Семей*

**Тұжырым****ДАУН СИНДРОМЫМЕН ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕДЕ ТУА БІТКЕН ЛЕЙКОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ**

К.К. Джаксалыкова, К. Д. Абаева, Г.М. Мейремханова, А.К. Жамантаева, Г.Б. Тайоразова

Мақалада Даун синдромымен жаңа туған нәрестеде туа біткен лейкоздың клиникалық жағдайы көрсетілген. Бұл өте сирек кездесетін ақау. Хромосомды бұзылыстары (Даун, Швахман-Даймонд, Клайнфельтер және т. б. синдромдары) бар балаларда бұл аурудың даму қаупі жоғары болып келеді.

**Summary****CLINICAL CASE OF CONGENITAL LEUKOSIS IN A NEWBORN CHILD WITH DOWN SYNDROME**

К.К. Dzhaksalykova, K.D. Abayeva, G.M. Meyremchanova, A.K. Zhamantaeva, G.B. Tayorazova

This article represents clinical case of congenital leukemia in newborn child with Down syndrome. This is rare meeting pathology. High risk of appearance disorders in patients with chromosomal aberrations (Down syndrome, Schwakhman - Diamond syndrome, Klinefelter syndrome and etc).

Самой частой формой лейкоза у детей является острый лимфобластный лейкоз, который встречается у них, по разным литературным данным, от 43,9 до 79% всех острых лейкозов, и составляет примерно 30% всех онкологических детских заболеваний в мире[1,2]. Чаще болеют мальчики. Врожденный лейкоз наблюдается редко. У детей первых дней или первых 3 месяцев жизни встречается в форме миелобластного, миеломонобластного, плазмобластного и лимфобластного лейкоза. Пик заболеваемости приходится на возраст от 2 до 5 лет, т.н. «младенческий пик» [2]. Очень высок риск заболевания у лиц с хромосомными нарушениями (синдромом Дауна, синдромом Швахмана - Даймонда, синдромом Клайнфельтера и др.) [3]. Гематологические злокачественные опухоли, такие как лейкомия часто встречаются у детей с синдромом Дауна. В частности, риск возникновения острого лимфобластного лейкоза, по крайней мере в 10-15 раз чаще встречается у боль-

ных с синдромом Дауна, в то время как мегакариобластная форма острого миелоидного лейкоза, по крайней мере в 50 раз. Переходный лейкоз является одной из форм лейкемии, которая редко встречается у здоровых людей, но поражает до 20% новорожденных с синдромом Дауна. Эта форма лейкоза, как правило, является доброкачественной и исчезает сама по себе в течение нескольких месяцев, хотя может и привести к другим серьезным заболеваниям.[3,4].

**Цель работы:** ознакомить врачей со случаем врожденного лейкоза у новорожденного ребенка с синдромом Дауна.

Приводим выписку из медицинской карты стационарного больного, которому был выставлен диагноз врожденного лейкоза.

**Анамнез заболевания:** Новорожденный П. поступил в отделение патологии новорожденных в первые сутки жизни через 2 часа после рождения из родильного



дома с диагнозом: Врожденная пневмония справа. Гипоплазия легких. ВПР: ВПС, аномалия развития ЖКТ. Синдром Дауна. Ранняя анемия новорожденного. Асцит. Гестационный возраст 35 недель. Ребенок доставлен из родильного дома в отделение реанимации и интенсивной терапии в транспортном кювезе на аппарате ИВЛ. После отключения от аппарата ИВЛ переведен в отделение патологии новорожденных для дальнейшего обследования и лечения.

**Анамнез жизни:** ребенок от III беременности, III родов, родился в сроке 35 недель. 2 предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. В сроке 23-24 недели данной беременности у плода определялись признаки гидроторакса, асцита, гидроперикарда, которые в динамике сохранялись. У матери группа крови A(II)Rh отрицательная, у ребенка АВ (IV) Rh положительная. Масса при рождении 3100,0 г, рост 47 см, окружность головы 32,5 см, окружность груди 31 см. Оценка по Апгар 6-6 баллов. В роддоме не привит. Наследственный анамнез: матери ребенка 35 лет, отцу 34 года. У прабабушки со стороны папы рак желудка.

**Объективно при осмотре:** состояние очень тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы розовые, на коже волосистой части головы, лице - обильная геморрагическая петехиальная сыпь. В поясничной области слева, периорбитальной области, в местах инъекций экхимозы размером 2 см \* 1 см. Видимые слизистые: чистые, бледно-розовые. Костно-суставная система: без видимой патологии. Форма черепа округлая. Б.р. 2,0\*2,0 см, не напряжен. Крик громкий. Двигательная активность и мышечный тонус достаточные, рефлексы врожденного автоматизма вызываются. С-м Лессажа отрицательный. Тремор конечностей. Периферические лимфоузлы: не увеличены. Множественные стигмы дизэмбриогенеза, признаки синдрома Дауна: выраженная сандалевидная щель, микрогнатия, косой «монголоидный» разрез глаз, короткая широкая шея, аномалии ушных раковин, короткие конечности, на правой ладони единственная поперечная ладонная складка («обезьянья»), плоская переносица. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка уплощена. Перкуторно над легкими отмечается укорочение легочного звука в нижних отделах. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца: верхняя 2 ребро, левая - на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины. Тоны сердца ясные, ритм правильный, систолический шум во II межреберье слева. Живот мягкий, безболезненный. Печень+2,5-3,0 см ниже реберной дуги. Селезенка у края реберной дуги. Пупочный остаток чистый, сухой. Мочиспускание свободное, безболезненное. Стул при осмотре нет.

**При обследовании выявлены:**

**Общий анализ крови** - тромбоцитопения 46 тыс, ги-перлейкоцитоз 49,8 тыс, бластные клетки 73 %.

**Биохимический анализ крови** – билирубин до 30 ммоль/л за счет непрямой фракции, печеночные ферменты в норме.

**Ретракция кровяного сгустка:** сыворотка 10%, сгусток-90%.

**Цитограмма асцитической жидкости:** эозинофилы 6%, лимфоциты 90%, моноциты 4%.

**Реакция Кумбса (ребенка):** АТ не обнаружены.

**Реакция Кумбса (матери):** АТ иммунные 1:4, специфичность не установлена.

**Кровь на внутриутробные инфекции ПЦР методом:** ВПГ, хламидии, токсоплазмоз, ЦМВ, гепатит В, гепатит С - отрицательно.

**Миелограмма:** бласты- 50%, миелоциты- 3 %, метамиелоциты- 4%, эозинофилы- 1%, лимфоциты- 5%, нормоциты: полихроматофильные- 55%, оксифильные- 16%. Костный мозг клеточный, на 50% представлен бластными клетками. Бластные клетки средних размеров, ядро содержит 1-2 нуклеомы

**Цитохимия:** Ростки кроветворения угнетены. Мегакариоциты нет. На пероксидазу- бластные клетки дали отрицательную реакцию.

**УЗИ органов брюшной полости:** Эхо признаки гепатомегалии, асцита

**УЗИ органов плевральной полости:** Без экстроструктурных изменений, жидкости не обнаружено.

**Нейросонография:** Межполушарная щель не расширена. Жидкость на конвексе 1,0. Боковые рога и желудочки не расширены. Лацируется полоска прозрачной перегородки. Борозды и извилины четко не лаццируются. Незрелость структур головного мозга.

**Рентгенография органов грудной клетки:** Двухсторонний парциальный гидроторакс, токсический парез кишечника? Асцит.

**Консультация гематолога:** Врожденный лейкоз, лимфобластный вариант, группа высокого риска, L2 тип.

**Консультация генетика:** Синдром Дауна.

На основании данных клиники и инструментально-лабораторных данных ребенку был выставлен клинический диагноз:

Основной диагноз: Врожденный лейкоз, лимфобластный вариант, группа высокого риска, L2 тип.

Сопутствующий диагноз: Асцит. ВПС: ДМПП, НК. Гипоксическое поражение ЦНС. Церебральная ишемия I степени. Синдром нейрорефлекторной возбудимости, острый период. Недоношенность I степени. Синдром Дауна.

В лечении: проведена антибактериальная терапия, симптоматическое лечение, лечение сопутствующей патологии.

Для выбора дальнейшей тактики ведения больной был направлен по квоте в АО ННЦМид г. Астана, отделение онкогематологии, где был подтвержден диагноз: Врожденный лимфобластный лейкоз, Fab L2, Т-клеточный вариант. Синдром Дауна. Сопутствующий диагноз: Гипоксическое поражение ЦНС. Церебральная ишемия I степени. Недоношенность I степени. Вторичная кардиомиопатия. СН ФК I степени. Микроаномалии сердца: открытое овальное окно, дополнительная хорда левого желудочка. По заключению консилиума ребенку в химиотерапии было отказано в связи с тяжестью состояния, и начато лечение преднизолоном. Для продолжения паллиативного лечения ребенок был выписан из клиники по месту жительства, и на следующий день мальчик вновь поступил в отделение патологии новорожденных МЦ ГМУ г. Семей, где через 3 суток ребенок экзальтировал. На патологоанатомическом вскрытии диагноз был подтвержден.

Современная терапия острых лейкозов позволяет у 20-80% больных (в зависимости от возраста больных, формы лейкоза и других прогностических факторов) достигать полных непрерываемых в течение 5 лет ремиссий, которые расценивают практически как выздоровление[5]. Прогностически неблагоприятными факторами, которые влияют на продолжительность жизни больных острым лимфобластным лейкозом, являются распространенность процесса к моменту постановки диагноза, лейкоцитоз выше 15 тысяч, увеличение селезенки, вовлечение в процесс узлов средостения, раннее

поражение центральной нервной системы и возраст моложе 1 года и старше 10 лет [5].

#### Литература:

1. Лейкозы в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей: динамика, сопоставление с зарубежным уровнем, критический анализ. / Чернов В.М., Погорелова Э.И., Лескова С.Г. // Гематология и трансфузиология. 2003. -№5 -С 10-14.

2. Клиническая онкогематология: руководство для врачей / под ред. М.А. Волковой. М.: Медицина, 2001. - 576 с.

3. Соболева, Т.Н. Острые лейкозы / Т.Н. Соболева, Е.Б. Владимирская. - М., 2001.-22 с.

4. Балакирев, С.А. Врожденный острый лейкоз у детей // Детская онкология // Москва.-2002.- С.51.

5. Владимирская, Е.Б. // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2004. - Т. 3, №4-5.- С. 13.

УДК 616-006.487-053.2

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

С.Ц. Ван

КГКП «Областная детская больница», г. Павлодар

**Ключевые слова:** ретинобластома, экзентерация орбиты.

#### Тұжырым

#### РЕТИНОБЛАСТОМА КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Мақалада Ретинобластома St.3 –тің параорбитальды өзекке өніп шығуының клиникалық жағдайы сипатталған. Жаңа өскіннің қатерлі екенін растайтын цитологиялық зерттеу өткізілді. 2-3 жастан кіші балаларда ішкі көз ісіктері барлығын анықтау үшін скрининг өткізіп отыру қажет.

#### Summary

#### CLINICAL CASE OF RETINOBLASTOMA

The article touches upon a medical case of Retinoblastoma St.3 with invasion into paraorbital cellular tissue. There has been a cytologic screening carried out which has proved malignancy of the tumor. Younger children at the age of 2 to 3 years shall undergo screening for presence of intraocular tumors.

**Введение.** Ретинобластома - наиболее частая внутриглазная опухоль у детей младшего возраста, это быстро растущая опухоль эмбрионального типа, вариант исходящей из незрелой сетчатки нейробластомы. Ретинобластома выявляется примерно у 1 из 15 – 30 тысяч новорожденных. Раннее адекватное лечение существенно сказывается на прогнозе. При строго интраокулярной локализации опухоли выздоровление наступает более чем в 90 % случаев. По Павлодарской области за 2009 – 2011г. было зарегистрировано 4 случая Ретинобластомы. Хочется отметить, что 2 случая из 4-х - это дети переселенцы из Монголии. В данных случаях заболевание было установлено на ранних этапах, но, к сожалению, родители отказались от оперативного лечения, в результате чего 1 ребенок скончался через год от прорастания опухоли в ткани орбиты с образованием отдаленных метастазов. Второй случай описан ниже.

**Цель сообщения** описание клинического случая Ретинобластомы St. 3 с прорастанием в параорбитальную клетчатку.

**Материалы и методы.** Пациент Б. 2007 г.р. Впервые по поводу данного заболевания обратился в апреле 2010г. Был выставлен диагноз: правый глаз - Увеит, Ретинобластома? После обследования ребенок был направлен в КазНИИ ГБ г.Алматы по линии ВСМП на оперативное лечение, от которого родители отказались. В августе 2010г. произошла перфорация и выпадение внутренних оболочек за счет роста новообразования. По линии санавиации ребенок был отправлен в Каз НИИГБ г.Алматы, где ребенок был осмотрен офтальмологом. Учитывая тяжесть состояния и прорастание опухоли с перфорацией оболочек глаза, в оперативном лечении отказано, направлена в КазНИИОиР. Проведено цитологическое исследование

№6954 – злокачественное новообразование, ретинобластома. Прошли 3 цикла химиотерапии. От предложенной энуклеации правого глаза отказались. Рекомендован был повторный курс химиотерапии в 12.2010г., но родители от дальнейшего лечения отказались. В августе 2011г. ребенок поступил в срочном порядке в глазное отделение Областной детской больницы, с жалобами на кровотечение из больного глаза.

**При поступлении** - t = 36.8° ЧСС=26. ЧД = 99. Общее состояние тяжелое. Жалобы на тошноту, головные боли, боли и кровотечение из правого глаза. Сон не нарушен. Аппетит резко снижен. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. В зеве без патологии. В легких дыхание везикулярное, чистое. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Мочиспускание свободное.

**Локальный статус:** Острота зрения: VisusOD = 0, VisusOS = 0.6

OD – Образование в виде тканевой массы размером 3:2 см, занимающая всю полость глаза с выходом вперед, с неровной бугристой поверхностью. Верхняя поверхность и из под внутренних нижних отделов обильное кровотечение. Ребенку назначена гемостатическая терапия. Проведены консультации узких специалистов – отоларинголога, невропатолога, кардиолога, онколога. Проведена рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости – патологии не выявлено.

**Заключение:** КТ - признаки образования правого глаза, умеренного гипертензионно-гидроцефального синдрома, двух стороннего гайморита, этмоидита. Проведена консультация по телефону с Каз. НИИГБ и Каз НИИОиР, учитывая состояние ребенка, продолжающееся кровотечение из опухоли, рекомен-

довано по жизненным показаниям, провести операцию «Экзентерацию орбиты» в условиях глазного отделения Павлодарской ОДБ. На 3 сутки с момента поступления проведена операция OD – «Поднадкостничная экзенте-

рация орбиты». В послеоперационном периоде общее состояние с положительной динамикой, аппетит пришел в норму, ребенок стал активным.



**Локальный статус:** Острота зрения: Visus OD = 0, Visus OS = 0.9

OD – Кожа лица вокруг раны не изменена, раны покрыты серозной пленкой, чистые. У наружного отдела на ране чистые грануляции. Стенки орбиты не изменены. OS – патология глаза не выявлена. На 8-ые сутки после операции, ребенок отправлен санитарной авиацией в Каз НИИОиР на курс химиотерапии.

В октябре 2011г. ребенок осмотрен в глазном отделении. Локальный статус: Справа полость орбиты покрыта кожей.

**Выводы:** Поскольку Ретинобластома является одной из наиболее частых внутриглазных опухолей у детей младшего возраста, при декретированных диспансерных педиатрических осмотрах необходимо обращать внимание на изменение цвета зрачка, радужки, косоглазие, уменьшение размеров глаза. Педиатры должны тщательно собирать онкологический анамнез и направ-

лять детей из семей высокого риска на консультацию к офтальмологу.

**Литература:**

1. Телеуова Т.С., Мустафина Ж.Г., Волкова М.А. «Ретинобластома у детей Казахстана», Алматы – 1998г.
2. Бровкина А.Ф. «Новообразования орбиты», Москва изд. «Медицина» 1974г.
3. Могутин Б.М. «Атлас глазных болезней», Медиздат «Вести» 2008г.
4. Катькова Е.А. «Ультразвуковая диагностика объемных процессов органа зрения», изд. «Стром» 2011г.
5. Бровкина А.Ф. «Болезни орбиты», изд. «МИА» 2008г.
6. Саакян С.В. «Ретинобластома», изд. «Медицина», - 2005г.

УДК 616.36-002+612.119

**ПРОБЛЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ (С ДЕМОНСТРАЦИЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

Л.Е. Абишева

*Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей*

**Тұжырым**

**СОЗЫЛМАЛЫ БАУЫР ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ГЕМОСТАЗ ЖАҒДАЙЫ**

Л.Е. Абишева

*Созылмалы бауыр патологиясы бар науқастардың гемостаз жағдайы. Науқас К диагнозы оның клиникалық көрінісінде гемостаз көрсеткіштері және созылмалы бауыр патологиясында өзгерістері көрсетілген. Диагнозы: Билиарлы цирроз, декомпенсация сатысы. Портальды гипертензия синдромы. Холестаз синдромы. ГЦЖ 3 дәреже анализдер жасалып бауыр патологиясында өзгерістері анықталған.*

**Summary**

**PROBLEMS OF HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASE**

L.E. Abisheva

*In this article presented clinical case of patient K. - hemostasis and their significance in chronic liver diseases. The patient's diagnosis: Biliary cirrhosis of the liver, decompensation stage. The syndrome of portal hypertension. Syndrome of cholestasis. Hepatocellular insufficiency 3 degrees. In article was carried out analysis and identified possible reasons for changes in hemostasis in liver disease.*

Гемостаз – это комплекс физиологических процессов, которые обеспечивают жидкое состояние крови, остановку кровотечений, восстановление целостности и функционального состояния сосудистой стенки. В организме здорового человека кровь способна выполнять свои многочисленные жизненно важные функции при условии сохранения жидкого состояния и непрерывной циркуляции. Жидкое состояние крови поддерживается в результате баланса систем свертывания, противосвертывания и фибринолиза (1).

Печень играет первостепенную роль в синтезе большинства идентифицированных факторов коагуляции и многих ингибиторов активации каскада коагуляции [6,7,8]. В печени синтезируется витамин К-зависимый комплекс факторов свертывания (II, VII, IX, X), лабильный фактор V, фактор VIII, контактные факторы XI и XII, фибриноген и фибринстабилизирующий фактор XIII. Период полураспада этих субстанций очень короткий, поэтому при остром некрозе гепатоцитов может очень быстро происходить снижение их уровня. Понятно, что при заболеваниях печени могут наблюдаться множественные дефекты в системе гемостаза, конечным результатом развития которых является гипокоагуляция.

Так у больных циррозом печени могут наблюдаться различные варианты нарушения гемостаза, они имеют важное клиническое значение, а их выраженность зависит от состояния компенсации заболевания. При циррозе имеется абсолютный дефицит прокоагулянтов, результатом чего является удлинение протромбинового времени. Вместе с тем, при компенсированном циррозе их уровень может быть нормальным или сниженным. Отмечается параллелизм между снижением функции печени и величиной протромбинового индекса – при умеренной и тяжелой печеночной недостаточности он составляет 50-70% от нормы. Особенно быстро уровень коагулянтов снижается при остром некрозе гепатоцитов. Поэтому протромбиновый индекс является чувствительным показателем функционального состояния печени (2,3,5).

Изменение показателей свертывающей системы крови при циррозе печени – это одна из форм приобретенных коагулопатий, для которых, как правило, характерны сложные комплексные нарушения.

Снижение количества тромбоцитов при внутрипеченочной форме портальной гипертензии встречается часто и в основном связано с усилением секвестрации кровяных пластинок в селезенке. При этом свойственные для тромбоцитопении геморрагические проявления при циррозе развиваются реже, чем регистрируются изменения лабораторных показателей, характеризующих состояние первичного звена гемостаза [9,11].

Гепатоцит является основным местом синтеза белков свертывающей системы крови, за исключением фактора Виллебранда [10]. Болезни печени могут сопровождаться образованием структурно и функционально неполноценных прокоагулянтов. Так, при циррозе особенно часто обнаруживается дисфибриногемия, что приводит к нарушению полимеризации фибриновых мономеров [7, 10].

Естественные антикоагулянты, регулирующие свертывание, также синтезируются печенью. К ним относятся антитромбин III, витамин К зависимые белки С и S. Изучение антикоагулянтного потенциала при циррозе печени выявило значительное снижение уровня антитромбина III, протеинов С и S, что особенно выражено при тяжести заболевания Child C [9].

Среди комплекса нарушений гемостаза при циррозе гиперфибринолиз считается наиболее частым, особенно у пациентов в стадии декомпенсации заболевания. Причины этого в том, что пламиноген и ингибитор

плазмина антиплазмин синтезируются гепатоцитами. Здесь же в печени происходит элиминация из кровотока ферментов фибринолиза и тканевого активатора пламиногена, а нарушение функционирования печени приводит к протеиназно-ингибиторному дисбалансу.

Комплексные изменения со стороны прокоагулянтов, ингибиторов свертывания, наличие фрагментов фибриногена и фибрина, являющихся продуктами тромбемии и фибринолиза характерны для ДВС-синдрома (2). Однако вопрос о наличии ДВС у больных циррозом печени до настоящего времени является предметом дискуссий [8]. Считается, что ДВС-синдром не участвует в патогенезе коагулопатии у больных с неосложненным течением цирроза печени. Результаты исследований маркеров активации свертывающей системы крови и фибринолиза (фрагментов протромбина 1+2, тромбин-антитромбиновых комплексов, растворимого фибрина, продуктов деградации фибрина и фибриногена) позволяют предположить, что независимо от исходного состояния у больных циррозом печени имеется большой риск развития развернутого ДВС-синдрома по сравнению с пациентами, у которых функция печени не нарушена [8].

Затруднения в дифференциальной диагностике нарушений в системе гемостаза у этой группы больных связаны с тем, что при циррозе, как правило, развивается хроническая форма ДВС [3], которая может продолжаться длительное время без каких-либо клинических признаков [5]. А интерпретация скрининговых гемостазиологических тестов часто вызывает трудности из-за влияния на результаты основного заболевания. Часто осложнение диагностируется только в III гемостазиологической стадии ДВС (гипокоагуляционной), когда налицо имеются клинические признаки диффузного геморрагического синдрома (3,4).

Рассмотрим значение печени для гемостаза на клиническом примере больной К., 1959г. Первичный билиарный цирроз, декомпенсация. Синдром портальной гипертензии. Асцит. Синдром холестаза. Гиперспленизм ГЦН II. Гормоназависимость. ДВС синдром.

**Сопутствующий диагноз:** ПХЭС (2008г). Билиарный панкреатит. Эрозивный гастродуоденит.

**Жалобы:** боли и чувство тяжести в правом подреберье, кожный зуд, вздутие живота, желтушность кожных покровов и склер, общая слабость, носовые кровотечения, геморрагический высыпание на конечностях, покраснение цвета мочи.

**Анамнез:** 2008 году холецистэктомия, тогда же впервые был выявлен цирроз печени. С тех пор регулярно получает амбулаторное и стационарное лечение. Является инвалидом II гр. Данное ухудшения состояние в течение 2-х недель, когда появились вышеуказанные жалобы. Госпитализирована в экстренном порядке.

#### **Обследования:**

ОАК при поступлении Нв-73,8г/л, Эр-2,57×10<sup>12</sup>, Л-10,5×10<sup>9</sup>, Цп-0,86, с-83, м-6, л-11, СОЭ-54мм/ч, в динамике ОАК - Нв-47г/л, Эр-1,82×10<sup>12</sup>, Л-10,9×10<sup>9</sup>, ЦП-0,77, мц-1, с-82, м-4, л-12, СОЭ-50мм/ч время сверт. 15м30с

ОАМ - цв-ж, реак-к, белок-0,264, уд.вес-1020, эритроциты неизм. в больш. кол. ве.

При выписке: ОАМ цв-ж, реак-к, белок-0,231, уд.вес-1011, лейко-1-2-3, неизм. в больш. кол. ве, зернист-1-0-1. ОАК - Нв-82г/л, Эр-2,95, Л-5,2, тром-193×10<sup>9</sup>, ЦП-0,93, мц-1, п-5, с-85, м-2, л-7, СОЭ-35мм/ч время сверт. 5мин 55сек, 6 мин 15 сек.

Б/Х: общий белок-56,0, мочевины-8,2, креатинин-101,8, глюкоза-5,0, АЛТ-0,64, АСТ-0,44, билир-116,56, прям-41,36, тим.пр-11,58, амилаза-12,4, железо-12,5,

ГТПП-38, ш/ф-246, холестерин-4,8, А-50,0,  $\alpha_1$ -10,0  $\alpha_2$ -4,2,  $\beta$ -6,5,  $\gamma$ -29,3, АГ-1,0

**ИФА на маркеры вирусных гепатитов от 27.01.12г : Hbs Ag-отриц, anti-HCV-отриц.**

**Коагулограмма** МНО-14,0, фибрин.-4,06, ТТ-V, Тр.вр-21,0, АПТВ-89,0, РФМК-4,0 В динамике **коагулограмма** МНО-1,04, фибрин.-3,29, ТТ-V, Тр.вр-22,0, АПТВ-49,9, РФМК-4,0 при выписке **коагулограмма** МНО-0,80, фибрин.-3,59, ТТ-V, Тр.вр-18,0, АПТВ-39,0, РФМК-4,0

**Проведено лечение: Диета № 5** Гепатопротекторы, прокинетики, мочегонные, ИПП, лактулоза, белковые препараты, H2 блокаторы, А/Б терапия, гормоны, гемостатики. Эр взвесь А (II) Rh+ № 0321, 333мл от 05.01.12г. Эр масса А (II) Rh+ № 0432, 213мл, 11.01.12. Эр взвесь А (II) Rh+ № 05040, 313мл от 17.01.12г. Эр взвесь А (II) Rh+ № 0552, 293мл от 17.01.12г. СЗП А (II) Rh+ № 0624 230мл от 19.01.12г. СЗП А (II) Rh+ № 0678 230мл от 20.01.12г. СЗП А (II) Rh+ № 0648, 220мл от 20.01.12г.

Больная выписывается с улучшением. Болевой и диспепсический синдром уменьшились. Гемодинамика стабильная.

Таким образом, изменение показателей свертывающей системы крови при циррозе печени – это одна из форм приобретенных коагулопатий, для которых, как правило, характерны сложные комплексные нарушения [6, 8,9]. ДВС-синдром – это один из наиболее распространенных и представляющих большую опасность для пациентов с заболеваниями печени вид патологии гемостаза, требующий ранней диагностики на доклинической стадии, адекватной терапии и профилактики.

#### Литература:

1. Дмитриев, В.В. Практическая коагулология / В.В. Дмитриев. Минск: Бел. наука, 2004. 544 с.

2. Иванов, Е.П. Клиническая интерпретация коагулограмм и гемостазиограмм: метод. рек для учеб занятий на каф гематологии и трансфузиологии / Е.П. Иванов. Минск, 1980. 15 с.

3. Иванов, Е.П. Нормальные и нарушенные функции системы гемостаза, клинико-лабораторная диагностика кровотечений, тромбозов и ДВС-синдрома: рук. по гемостазиологии / Е. П. Иванов. Минск: Беларусь, 1991. 302 с.

4. Балуда, В.П. Лабораторные методы исследования системы гемостаза / В.П. Балуда [и др.]. Томск, 1980. 313 с.

5. Баркаган, З. С. Геморрагические заболевания и синдромы / З. С. Баркаган. М.: Медицина, 1988. 301 с.

6. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии.– Москва, 2001.

7. Шерлок, Ш., Дули, Дж. Заболевания печени и желчных путей: практ. рук. / под ред. З. Г. Апросиной, Н. А. Мухина. М.: Гэотар Медицина, 1999. 864 с.

8. Подымова, С. Д. Механизмы нарушений системы гемостаза у больных хроническими диффузными заболеваниями печени: тер. архив / С. Д. Подымова [и др.]. 1990. Т. 62, № 2. С. 72–76.

9. Ben-Ari, Z. Disseminated intravascular coagulation in liver cirrhosis: fact or fiction / Z. Ben-Ari [et al.] // Am J Gastroenterol. 1999. Vol. 94, № 10. P. 2977–2982.

10. Ferro, D. High plasma levels of von Willebrand factor as a marker of endothelial perturbation in cirrhosis: relationship to endotoxemia / D. Ferro [et al.] // Hepatology. 1996. Vol. 23. P. 1377–1383.

11. Vukovich, T. Haemostasis activation in patients with liver cirrhosis / T. Vukovich [et al.] // Thromb Res. 1995. Vol. 77, № 3. P. 271–278.

УДК 616.12-008.331.1-616.24

## ЛЁГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ - СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

И.И. Пинэко-Скворцова

КГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Усть-Каменогорск

Истинная первичная легочная гипертензия (ПЛГ) — не часто встречающееся заболевание, диагностика которого основана на исключении других известных и более распространенных причин повышения давления в малом круге кровообращения (более 25мм.рт.ст в покое и более 30 мм.рт.ст при нагрузке) [1].

По статистическим данным, первичная лёгочная гипертензия занимает 0,17% от всех случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы [2], но в клинической практике этот диагноз выставляется довольно часто больным с признаками высокого давления в лёгочной артерии, дилатации правых отделов сердца, нередко с трикуспидальной регургитацией, в связи с отсутствием полного объёма диагностических возможностей для более точной верификации диагноза.

В результате врачи оказываются на ложном пути и выбирают не достаточно эффективные методы лечения таких больных, зачастую принимая хроническую тромбоэмболию (ТЭ) ветвей лёгочной артерии (ЛА) за первичную лёгочную гипертензию, которая является заболеванием с неблагоприятным исходом.

По статистическим данным более 75% больных с первичной лёгочной гипертензией погибают в течение первых 5 лет после установления диагноза [3].

Распространенность лёгочной артериальной гипертензии (ЛАГ) по данным разных авторов составляет 15-17 случаев на 1000000 населения. Первичная (идиопатическая) легочная гипертензия (39,2% всех случаев ЛАГ) больше распространена у женщин по сравнению с мужчинами (1,7:1), средний возраст пациентов составляет 37 лет [2]. Семейная легочная гипертензия встречается в 3,9% ЛА. Легочная гипертензия, ассоциированная с врожденными заболеваниями сердца (11,3%), часто встречается при синдроме Eisenmenger, дефекте межжелудочковой или межпредсердной перегородки (обычно небольшом <1,0 см и <2,0 см в диаметре соответственно), общем артериальном протоке, при пороках сердца после хирургической коррекции. ЛАГ, ассоциированная с системными заболеваниями соединительной ткани (преимущественно с системным склерозом), составляет 11,3%, с портальной гипертензией – 10,4%, применением аноректических препаратов – 9,5%, с ВИЧ-инфекцией – 6,2% случаев.[1,2]

У 15-20% женщин первые симптомы легочной гипертензии появляются вскоре после родов, указывая тем самым на возможную эмболию лёгочных сосудов амниотической жидкостью [3]. У некоторых пациентов заболевание, возможно, является исходом не диагностированной легочной тромбоэмболии, исходящей из вен нижних конечностей и малого таза в 68,1% . Прием оральных контрацептивов также может иметь отношение к возникновению легочной гипертензии, особенно при наличии ряда предрасполагающих факторов — системной красной волчанки, семейных случаев заболевания.[3]

В патогенезе легочной гипертензии участвуют основные патофизиологические механизмы: вазоконстрикция, редукция легочного сосудистого русла, снижение эластичности стенок легочных сосудов, облитерация просвета легочных сосудов (тромбоз, пролиферация гладкомышечных клеток) [1].

Патологические изменения, обнаруживаемые на аутопсии, обычно затрагивают лишь правые отделы сердца и легкие. Правое предсердие часто дилатировано, правый желудочек сердца гипертрофирован. В патологический процесс вовлекаются легочные артерии среднего и малого калибра (от 40-300 мкм в диаметре) - при этом наблюдаются гипертрофия мышечного слоя, в ответ на длительно существующую вазоконстрикцию, интимальная гиперплазия, фиброз и своеобразные плексиформные разрастания эндотелиальных клеток в просвете сосудов.[3]

Клиническая картина первичной легочной гипертензии и рецидивирующей ТЭЛА нередко весьма сходны, а клинические симптомы не специфичны, что вызывает трудности для ранней диагностики. Отмечаются слабость, усталость, одышка, кашель, кровохарканье, боль в области сердца, головокружение, абдоминальный дискомфорт, отеки нижних конечностей, иногда синкопальные состояния при физической нагрузке, связанные с периферической вазодилатацией в условиях фиксированного сердечного выброса [3].

Стратегия диагностики при ЛГ предусматривает комплексное обследование пациента с целью исключения возможных причин повышения давления в малом круге кровообращения, которое в идеальном варианте включает кроме общих клинических и биохимических лабораторных исследований, иммунологические – определяется уровень гормонов щитовидной железы, тесты на ВИЧ, волчаночный антикоагулянт, а также инструментальные методы: ЭКГ, транссторакальную ЭХОКГ, катетеризацию правых отделов сердца, Р-графию органов грудной клетки (ОГК), компьютерную томографию (КТ), магниторезонансную томографию ОГК (МРТ), функциональное исследование легких и газового состава крови, вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию лёгких (ВПСЛ), ангиопульмонографию (АПГ). Кроме этого проводятся тесты для объективной оценки функциональной способности пациентов (ФК) с целью оценки тяжести ЛГ, чаще используют тест с 6-МХ и оценкой одышки по Borg G. (1982), а также кардиопульмональные нагрузочные тесты с оценкой газообмена [1].

Принципы лечения больных с ЛГ направлены на различные патофизиологические механизмы развития заболевания, включают не медикаментозные мероприятия, хирургическое лечение в случае ВПС, комбинированную лекарственную терапию (антагани-

сты кальция, ИАПФ, непрямые антикоагулянты и дезагреганты, диуретики, антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды, простагландин Е, антагонисты рецепторов эндотелина, ингибиторы ц ГМФ. Последние годы разработаны хирургические методы лечения (предсердная септостомия, трансплантация лёгких, или комплекса сердце-лёгкие) [1], целью которых является не только улучшение состояния, но и продление жизни больного.

В нашем отделении пациенты с ЛГ встречались неоднократно: в 2010г - 3 случая, 2011г- 2 случая, с начала 2012г- 5 случаев. 7 человек (70%) из них - это молодые женщины в возрасте от 27 до 38 лет, 2 женщины- 47 и 54 года, 1 мужчина (10%) -37 лет.

У всех отмечался высокий уровень лёгочной гипертензии II-III ст, по расчётному давлению в ЛА от 76 до 110 мм рт.ст. В результате обследований диагноз первичной лёгочной гипертензии выставлен в 2-х случаях (20%), тромбоэмболия ветвей ЛА в 3-х случаях (30%), ВПС. ДМПП - 2 случая (20%), ВПС.ДМЖП - 2 случая (20%), ЛГ ассоциированная с патологией дыхательной системы- 1 случай (10%).

Приведу пример из клинической практики.

Больная Н., 38 лет, поступила в отделение с жалобами на выраженную одышку при незначительной нагрузке, в покое при перемене положения тела в постели, сухой кашель, усиливающийся в горизонтальном положении, учащённое сердцебиение, слабость, головокружение при ходьбе.

Из анамнеза: ухудшение самочувствия с начала августа 2010 г., после переохлаждения повысилась Т тела до 37,2С, появился кашель, одышка при физической нагрузке. С 05.08.10г лечилась амбулаторно у терапевта по поводу острого трахеобронхита. Состояние в динамике не улучшилось, одышка усилилась, значительно снизилась толерантность к физической нагрузке, появилось головокружение, учащённое сердцебиение. 19.09.10- возник приступ кратковременной потери сознания, по данным ЭХОКГ - дилатация правых отделов сердца, расчётное давление в лёгочной артерии – 71 мм рт.ст. Больная была госпитализирована в экстренном порядке в кардиологическое отделение с предварительным диагнозом: Первичная лёгочная гипертензия. Наследственность не отягощена.

Из перенесённых заболеваний: миома матки узловая форма с 2007г, по рекомендации гинеколога принимала контрацептивный препарат новинет с 2008г, который был отменён в 08.2010г. С 2006г - узловой зоб, осмотрена эндокринологом 09.09.10г., данных за ДТЗ нет, по данным анализа крови на ТТГ - 3,6 мМЕ/л, Т4св - 15,0 мМЕ/л.

Объективные данные: общее состояние тяжёлое. Положение пассивное, малейшее движение вызывает одышку. Астенического телосложения. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Т-37,2С. Пастозность стоп, голеней. Набухшие шейные вены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, перкуторно- звук легочной по всем полям, аускультативно - везикулярное, немного жестковатое дыхание по всем полям, хрипов нет. чдд- 26/мин. Область сердца не изменена, левая граница в 5-ом межреберье на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии, правая- на 1 см кнаружи от правой парастеральной линии, тоны сердца при-

глушены, акцент и расщепление 11 тона над лёгочной артерией, систолический шум по левому краю грудины, над мечевидным отростком, ритм правильный, тахикардия с чсс-110 уд/мин. АД-90/60 ммртст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена за счёт левой доли на 3 см. Симптом покалачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений не отмечает.

В лабораторных показателях: ОАК: НВ – 108 г/л, Л-9,9 x 10<sup>9</sup>/л, с/я-85%, мон.-2%, лимфоциты-13%, Эр. – 3,24 x10<sup>12</sup>/л, СОЭ –54мм/ч. ОАМ: уд. вес – 1015, с/ж., кисл., прозр., белок- отр., сахар – отр., Л –един в пзр, + Эр-0-2 впз, Эпит.пл.- в большом кол-ве, ураты. Сут. протеинурия- кол-во-2,0л, белок-следы. БАК: билирубин-13,0 мкмоль/л, АЛТ– 30,8ед.-л, АСТ-31,7 ед.-л, мочевина -5,2 ммоль-л, креатинин – 77,0мкмоль/л, общ. белок-70,1 г/л, холестерин-3,9 ммоль/л, глюкоза- 3,9 ммоль/л, железо- 7,1 мкмоль/л. Кровь на СРБ- положит. Коагулограмма –АПТВ –36,7 сек, МНО – 0,95-1,4-1,6, ПТВ –17,2 сек, фибриноген – 2,74г-л.

ЭКГ – синусовая тахикардия до 120 в мин. Вертикальное положение ЭОС, признаки перегрузки правого желудочка, правого предсердия, инверсия z.T в правых грудных отведениях.

ЭХО – КГ – 20.09.10. КДР ЛЖ -3,2 см, КСР ЛЖ – 1,9 см, ЗСЛЖ – 1,0 см, МЖП – 0,9 см, ЛП -2,8 см, КДР ПЖ – 4,0 см, ПП-41x48мм, ФВ -52 %. Расчётное систолическое давление в ЛА-76 мм.рт.ст, давление заклинивания в ЛА по E/E<sub>m</sub>-5ммртст.3-е: Выраженная дилатация правых отделов сердца. Значительная лёгочная гипертензия. Неравномерное уплотнение трёхстворчатого клапана. Трикуспидальная регургитация 3-4 ст. по распространению, умеренно выраженная по объёму. Расширены нижняя полая вена и внутривенные вены, незначительный выпот в полости перикарда. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

Р-графия ОГК - корни сердца расширены, умеренное расширение тени сердца в поперечнике, выбухание дуги лёгочной артерии.

УЗИ – комплекс: выпот в брюшной полости в незначительном кол-ве, умеренный. Гапатомегалия, диффузные изменения печени- застойные явления, деформация желчного пузыря.

Проведено лечение: режим – П, диета 10

Рамиприл 2,5 мг x 1 раз, дилтиазем 45мг x 2 раза, силденафил по 25мг x 2 раза, верошпирон 25 мг 1 раз утром, фуросемид 20 мг x 1 раз утром, НМГ(клексан) по 0,1мг/кг массы тела x 2 раза п/к живота в течении 7 дней, варфарин 2,5мг x 1 раз под

контролем МНО крови, дигоксин 0,25 мг по 1/2т x 1раз, ингаляции O<sub>2</sub>.

Состояние в динамике улучшилось, уменьшилась одышка, возросла толерантность к физической нагрузке( ФК-11), регрессировали отёки, АД-110/70 мм.рт.ст, чсс-80 уд/мин.

По данным ЭХОКГ от 15.10.10- положительная динамика- нормальные размеры правых отделов сердца, нормальные показатели общей сократимости миокарда ЛЖ. Патологии структуры и функции клапанов сердца не выявлено. КДР ЛЖ -39 мм, КСР ЛЖ – 25 мм, ЗСЛЖ – см, МЖП – 9 мм, ЛП -26 см, КДР ПЖ –24мм, ПП-33x38мм/, ФВ-66%. Рла — 28 мм рт.ст. Большая выписана на 25 день, с рекомендациями дальнейшего приёма препаратов (ИАПФ, антагонистов кальция, непрямых антикоагулянтов, ингибиторов ЦГМФ) под наблюдением кардиолога и дообследования - проведения вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии лёгких, ангиопульмонографии в условиях крупного кардиоцентра.

#### Выводы:

- первичная легочная гипертензия — не часто встречающееся заболевание, диагностика которого основана на исключении других известных и более распространенных причин повышения давления в малом круге кровообращения.

- первичная лёгочная гипертензия чаще возникает у лиц женского пола, молодого и среднего возраста, является заболеванием с неблагоприятным прогнозом.

- у данной больной предполагаемой причиной высокой ЛГ, с учётом значительной положительной динамики в результате проведённой терапии, включающей НМ гепарин, антикоагулянты непрямого действия, явилась тромбоэмболия мелких ветвей ЛА, возможно, на фоне приёма орального контрацептива.

- для более точной верификации диагноза необходимо проведения вентиляционно- перфузионной сцинтиграфии лёгких, ангиопульмонографии.

#### Литература:

1. Инициативная и рабочая группа Всероссийского научного общества кардиологов в составе: проф. Чазовой И.Е. Авдеева С.Н., Арутюнова Г.П., Волкова А.В., Мартынюк Т.В., Наконечникова С.Н., Приваловой Е.В. «Диагностика и лечение лёгочной гипертензии». Российские рекомендации. Приложение 2 к журн. «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». - 2007. – с.2-19.

2. Кардиология (241) (тематический номер) в помощь практическому врачу. Москва. 2008г с 4-8.



## Мазмұны

<b>Медициналық білім берудің сұрақтары</b>	
<b>Л.Қ. Қаражанова, Л.К. Ушкац</b>	5
Компетентті-бағытталған білім алу – жоғары медициналық оқу орнында мамандардың кәсіптік дамуын белсендіру үрдісі ретінде	
<b>Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау мекемесі</b>	
<b>Г.Қ. Бейсенбекова, Б.Т. Каупбаева., А.М. Бегалина</b>	8
Аккредиттеу стандарттар призмасы арқылы жалпыға бірдей танылған халықаралық нормасы ретінде денсаулық сақтау саласындағы қауіпсіздік пен сапа	
<b>С.В. Ким, Л.Ж. Қамзебаева, К.Н. Анасова, О.Б. Гаряга</b>	10
Қан айналу жүйесінің таралған ауруларынан болған ауруханадан тыс өлімнің тіркеу ұйымдастыру-әдістемелік аспектілері	
<b>С.Б. Имангазинов, О.Г. Таштемирова, К.К. Таштемиров, А.К. Ситказинов</b>	13
Дәрігерлердің пациенттермен өзара катынастағы ролі	
<b>Р.М. Жумамбаева, Д.К. Кожаметова, Е.В. Есикова, Н.А. Балашкевич, Е.М. Жумамбаев, С.Б. Кайдарова</b>	15
Мемлекеттік өзіндік мекемесінде тұрғындарды қарау жоспарнамасы «Қарт және мүгедектердің жалпы түріне медицина санитарлық мекеме»	
<b>Дерістер</b>	
<b>Л.Қ. Қаражанова</b>	18
Артериалды гипертонияның емінде дигидропиридин туындысы кальций антагонистері: фокуста Леркамен	
<b>Л.Қ. Қаражанова, А.А. Чиныбаева</b>	24
Жүрек – қан тамыр ауруларының қазіргі заман терапиясында кальций антагонистерінің ролі . Фокуста: Дилтиазем	
<b>Л.Қ. Қаражанова</b>	32
Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің диагностикасы мен емі (СЖЖ)	
<b>Мақалалар</b>	38
<b>Л.Қ. Қаражанова, Г.Б. Батенова</b>	
Қарт адамдардағы артериалды гипертония	
<b>Р.Б. Еғаубаева</b>	40
Артериалды гипертония мен гиперлипидемиясы бар әйелдерге атористі қолдану	
<b>И.И. Пинэко-Скворцова</b>	42
Госпитальды кезеңде созылмалы жүрек жетіспеушілігі бар аурулар мінездемесі	
<b>Б.Ж. Токтабаева</b>	44
Іштен біткен жүрек ақауы. Оң жақ қарыншаның гипоплазиясы синдромы	
<b>Б.Ж. Токтабаева</b>	46
Балалардағы жүректің митральді қақпақшасы пролапсы кезіндегі фенотипті белгілердің кездесу жиілігі.	
<b>Г.Б. Тайоразова</b>	48
Нәрестелердің тума ақауының талдауы. (Семей қаласын №3 перзентхананың деріктері бойынша)	
<b>А.К. Жамантаева</b>	49
Нәрестеде кездесетін қосылған гастрошизис оқиғасы	
<b>Н.С. Игисинов, Е.Б. Адильбеков, К.К. Гаитова, М.А. Кульмирзаев</b>	51
Возрастно-половые особенности смертности населения Казахстана от злокачественных новообразований центральной нервной системы	
<b>А.С. Аубакирова, С.В. Ким, Н.С. Игисинов</b>	53
Картограмма смертности от дорожно-транспортных происшествий в Казахстане	
<b>З.Қ. Султанбеков, А.Ш. Букунова, А.Б. Гайсин, Д.Г. Ли, Ж.Н. Баткульдина, А.С. Конурбаева</b>	55
Өскемен қаласындағы туғындардың арасындағы өлемділіктің анализі	
<b>Г.Б. Кожаметова</b>	58
Қазақстанда әдейі өзін өзі зақымдаудан өлу проблемасы	
<b>Д.М. Құлмырзаева, Н.С. Игісінов, Ж.Қ. Бүркітбаев</b>	62
Қазақстанда донорлық қан дайындау көрсеткіштерінің сараптамасы	
<b>М.А. Жанаспаев, Г.Н. Дуйсембаева, Р.И. Назимов, Н.А. Бокембаев, Ж.М. Садықов</b>	64
Ортан жіліктің ұршықтық сынықтарын емдеудің нәтижелері және эпидемиологиясы	
<b>А.О. Мысаев, Т.Ж. Омарбаев, О.А. Кожаметов, А.А. Сутормин</b>	66
Иық сүйегінің диафиз сынықтарының эпидемиологиясы Семей қаласы бойынша 2011 ж.	
<b>О.А. Кожаметов</b>	68
Сүйекшілік остеосинтездің даму тарихы	

<b>Т.Ж. Омарбаев, О.А. Кожаметов, А.О. Мысаев</b>	70
Сүйек үсті остеосинтезге арналған тілімшенің даму тарихы	
<b>А.О. Мысаев, Т.Ж. Омарбаев, А.М. Жайсанбаев, О.А. Кожаметов</b>	73
Жол-көлік травматизм мәселесінің шешіміне арналған ғылыми тәсілдеме: жол-көлік оқиғаларының алдын алудың кейбір сұрақтары	
<b>С.К. Нурланов</b>	76
Тумыстан бар қисық аяқтықтың операциясыз емдеуі	
<b>Т.А. Булегенов, А.С. Тлемисов</b>	78
Балалардағы жамбас сан буындары дисплазиясының медико-социальды аспектілері	
<b>М.М. Гладинец, Д.Г. Кондратьев, Я.С. Ракида, М.А. Свавильная, М.Ф. Увазыров</b>	80
Жайылған перитониттің интоксикациондық синдромының диагностикалық - емдеу бағдарламасы	
<b>Г.Ж. Ығиев</b>	82
Операция алдыдағы кезеңдегі инфузионды терапия	
<b>Ә.Б. Тұрғанова</b>	83
Фиброколоноскопия-тоқ ішек түйемшектерінің диагностикасы мен емдеуінің әдісі ретінде	
<b>Н.М. Жұмажанов</b>	85
Рецидивті іш жарығы бар қарт науқастарды операцияға даярлау шаралары	
<b>И.В. Поварницын</b>	87
Сезімсіздендіруінің желбуазға байланысты өткізуде 3 бап геморрагиялық естен тану сұрағына	
<b>Н.М. Жұмажанов</b>	88
Қарт науқастардағы механикалық сарғаю және холедохолитиазбен асқынған жедел калькулезді холециститті емдеудің хирургиялық тактикасы	
<b>А.А. Дюсембаев</b>	90
Балалардағы құрсақ қуысы мен аяқ-қол сүйектерінің қатарлас жарақаттарын емдеу	
<b>С.Б. Алимханов, М.М. Гладинец, Д.К. Алдынгуров</b>	91
Хирургиялық қызметті сараптау	
<b>О.Г. Таштемирова, С.М. Тергеусизов, Ш. А.Тергеусизова, К.К. Таштемиров, Р.Л. Жалтыров, Г.А. Жакупова</b>	94
Асқазан- ішек жолындағы жаңадан пайда болған қатерлі түрлерінің диагностикадағы скринингтік зерттеу ролі	
<b>А.А. Дюсембаев</b>	96
Сан сүйегінің жабық сынығы кезінде операциялық еммен бірге лфк мен изометриялық жаттығуларды қолдану	
<b>М.З. Ахметова</b>	98
Балаларда билиарлы жолдардың дисфункционалды бузылыстарының клиникалық ерекшеліктері	
<b>М.Т. Сейдуманов, А.К. Алимжанов, М.А. Головня</b>	99
Диабетикалық табан емдеуі	
<b>Д.М. Сулейменова, С.К. Кабдыканов, Ж.Р. Сапарғалиева</b>	104
Протездістоматопатиясы бар науқастарды емдеу және протездеу ерекшеліктері	
<b>Ш.Ш. Абралина, Л.М. Садвокасова, Д.М. Буржанова, П.А. Камбарова, Б.А. Куренова</b>	106
Балалардың жақ-бет аймағы лимфаденитінің ағым ерекшеліктері	
<b>Н.Б. Хайдарова</b>	108
Асқынған тісжегіні эндодонтиялық емдеу кезіндегі қателіктер мен асқынулардың алдын алу	
<b>Ю.А. Заворохина, Т.М. Токанов, К.М. Пилипенко, М.А. Ганжа</b>	109
Пародонт ауруының алдын алуының кейбір аспектілері	
<b>Н.Б. Хайдарова</b>	111
Стоматологтардың кәсібі жарамдылығы	
<b>О.А. Заворохина, Ю.А. Заворохина, Г.Т. Ахмадуллина, Н. Гоосен, Л.А. Эрайзер, Ж.С. Капасова</b>	112
Этиологиясы әр түрлі оппортунистік ішек инфекцияларымен болатын пациенттердің дисбактериоз жиілігі	
<b>С.Б. Иманғазин, М.Е. Сорокина, А.Н. Жапарбеков, Ғ.Ж. Хасенова, Ә.М. Асылханова</b>	114
Ақтқ-жұқпасы бар тұлғалардың пенитенциарлы жүйедегі ретровируске қарсы терапиясының талдауы	
<b>Г.Н. Турарова</b>	115
Семей қаласының түзеу мекемелерінде 2000-2011ж. АҚТҚ-жұқпасы жөніндегі эпидемиологиялық жағдайдың шолуы	
<b>К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.Ж. Конкакова, Л.П. Бритенкова, Б.К. Жаркенова, Н.Б. Нургалиев, И.М. Байльдинова</b>	117
Өкпе туберкулезі кезіндегі организмнің иммундық жауабының цитокиндік регуляциясы	

<b>Р.С. Игембаева</b>	118
Туберкулезге қарсы иммунитеттегі цитокиндердің алатын орны	
<b>К.С. Игембаева, И.Е. Соловьев, Л.П. Бритенкова, Ж.Ж. Конкакова, Е.А. Ибраев, И.М. Байльдинова, Б.К. Жаркенова, Н.Б. Нурғалиев</b>	119
Өкпе туберкулезінің дәріге төзімді түрімен ауыратындардың емдеуінің нәтижесі	
<b>Р.С. Игембаева</b>	121
Соңғы 37 жыл ішіндегі Семей аймағының туберкулезден эпидемиологиялық көрсеткіштерінің өзгерісі (1975-2011 ж.ж.)	
<b>Ж.О. Жакиянова, М.У. Утеубаев, Б.К. Ерсаханова, Н.С. Жарылғапова, Л.О. Абдиқаримова, М.Е. Оразғалиева</b>	123
Мұрынның шектелген сыртқы қабынуының ерекшеліктері	
<b>Ж.О. Жакиянова, Б.Б. Кулумбаева, Н.С. Жарылғапова, Л.О. Абдиқаримова, М.Е. Оразғалиева, М.У. Утеубаев</b>	124
Вестибулярлы зақымдары бар науқастарды емдеуде вестибулярлы гимнастиканың маңызы	
<b>Д.Б. Тайгулов</b>	126
Дәрігерлік университеттің студенттерінің денсаулық жағдайының әлеуметтік гигиеналық тұрғылары	
<b>С.К. Кулиниченко</b>	128
Қорғасын өндірісіндегі жұмысшылардың орталық жүйке жүйесінің функционалды жағдайы	
<b>Р.М. Жумамбаева, Д.К. Кожаметова, С.К. Оразбекова, И.А. Избасарова, Е.М. Жумамбаев, Г.К. Рахимбекова</b>	131
«Семей қаласындағы қарттар және мүгедектерге арналған жалпы типтегі МӨМ» тұрғындарының аурушандық құрылымына талдау жүргізу	
<b>Р.М. Жумамбаева, Д.К. Кожаметова, С.К. Оразбекова, Л.Б. Дюсенова, Е.М. Жумамбаев, А.Б. Калымжанова</b>	133
Семей қаласының «қарт және мүгедек адамдардың жалпы түрі медико-әлеуметтік мекемесі» медико – реабилитациялық бөлімінің диспансерлік топтағы науқастардың жағдайы	
<b>У.С. Самарова, Д.С. Мусина</b>	135
Жасанды түстің әлеуметтік-гигиеналық аспектітері	
<b>М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлюбаева, Г.О. Есенгельдинова, К.Г. Влащенко</b>	137
Қалалық клиникалық перзентхана мәліметтері бойынша Семей қаласындағы перинатальды күтім еңгізілуінің тиімділігі	
<b>Тәжірибеден жағдай</b>	
<b>Ә.М. Құсайынов</b>	139
Ұма флегмонасы	
<b>Т.К. Тлегенов</b>	140
Бауыр циррозымен ауыратын науқастардың варикозды кеңейген өңеш көк тамырларын эндоскопиялық әдіспен байлау (практикада болған жағдай)	
<b>К.К. Джаксалықова, К. Д. Абаева, Г.М. Мейремханова, А.К. Жамантаева, Г.Б. Тайоразова</b>	142
Даун синдромымен жаңа туған нәрестеде туа біткен лейкоздың клиникалық жағдайы	
<b>С.Ц. Ван</b>	144
Ретинобластома клиникалық жағдайы	
<b>Л.Е. Абишева</b>	145
Созылмалы бауыр патологиясы бар науқастардың гемостаз жағдайы	
<b>И.И. Пинэко-Скворцова</b>	147
Тәжірибие жағдайындағы-өкпелік гипертензия	

## Content

**Questions Medical Education**

- L.K. Karazhanova, L.K. Ushkats** 5  
Competence-based learning - a process of enhancing the professional development of specialists in higher medical school

**Health organization the Republic of Kazakhstan**

- G.K. Beisenbekova, B.T. Kaupbayeva, A.M. Begalina** 8  
Safety and quality in healthcare as a well-established international norm through the prism of accreditation standards

- S.V. Kim, L.Zh. Kamzebayeva, K.N. Annassova, O.B. Garyaga** 10  
Organizational and methodological aspects of cardiovascular mortality rate registration

- S.B. Imangasinov, O.G. Tashtemirova, K.K. Tashtemirov, A.K. Sitkazinov** 13  
The role of a doctor in the relationships with patients

- R.M. Zhumambayeva, D.K. Kozhahmetova, E.V. Yesikova, N.A. Balashkevich, E.M. Zhumambayev, S.B. Kaidarova** 15  
Organization of care for the people at MGA "MSU for elderly and general type with disabled" Semey siti

**Lectures**

- L.K. Karazhanova** 18  
Dihydropyridine calcium channel blockers at treatment of arterial hypertension: Lerkamen

- L.K. Karazhanova, A.A. Chinybayeva** 24  
Calcium channels blockers - a role in modern therapy of cardiovascular diseases: in focus – Diltiazem

- L.K. Karazhanova** 32  
Diagnosis and treatment of chronic heart failure (CHF)

**Статьи** 38

- L.K. Karazhanova, G.B. Batenova**  
Arterial hypertension at old age patients

- R.B. Egaubaeva** 40  
Using of atoris at females with arterial hypertension and hyperlipidemia

- I.I. Pineko-Skvortcova** 42  
Characteristics of patients with chronic heart failure in the hospital stage

- B.Zh. Toktabayeva** 44  
Congenital heart defect. Hypoplasia syndrome of the right ventricle

- B.Zh. Toktabayeva** 46  
The frequency of phenotypic traits at prolapse of the mitral valve in children

- G.B. Taiorazova** 48  
The analysis of congenital developmental anomalies at newborns (on materials of the maternity home №3 of Semey s.)

- A.K. Zhamantayeva** 49  
The case of combined gastroshizis of newborn

- E.B. Adilbekov, N.S. Igissinov, K.K. Gaitova, M.A. Kulmirzaev** 51  
Age and sex characteristics of the mortality from malignant neoplasms of central nervous system among population of Kazakhstan

- A.S. Aubakirova, S.V. Kim, N.S. Igissinov** 53  
Kartogramma of death rate from road traffic accidents in Kazakhstan

- Z.K. Sultanbekov, A.Sh. Bukunova, A.B. Gaisin, D.G. Lee, J.N. Batkuldina, A.S. Konurbaeva** 55  
Analysis of mortality of the population of Ust-Kamenogorsk

- G.B. Kozhahmetova** 58  
The problem of self-inflicted fatal injuries in Kazakhstan

- D. Kulmirzayeva, N. Igissinov, Zh. Burkitbayev** 62  
Analysis of the donor blood banking in Kazakhstan

- M.A. Zhanaspaev, G.N. Duisembayeva, R.I. Nazimov, N.A. Bokembayeva, Zh.M. Sadykov** 64  
Epidemiology and results of treatment of trochanteric femoral fractures

- A.O. Myssaev, T.Zh. Omarbaev, O.A. Kozhahmetov, A.A. Sutormin** 66  
Epidemiology of humeral shaft fractures in Semey city 2011 y.

- O.A. Kozhakhmetov** 68  
History of development of nailing

- T.Zh. Omarbaev, O.A. Kozhahmetov, A.O. Myssaev** 70  
History of development of plate osteosynthesis

- A.O. Myssaev, T.Zh. Omarbaev, A.M. Zhaysanbaev, O.A. Kozhahmetov** 73  
Scientific approach to the problem of road traffic injury: some problems in prevention of road traffic accidents

<b>S.K. Nurlanov</b>	76
Conservative treatment of congenital clubfoot	
<b>T.A. Bulegenov, A.S. Tlemisov</b>	78
Medico-social aspects of a displaziya of hip joints of children	
<b>M.M. Gladinec, D.G. Kondratyev, Ya.S. Rakida, M.A. Svavilnaya, M.F. Uvazirov</b>	80
Diagnostics and treatment of the intoxication syndrome in liffuse peritonitis	
<b>G.Zh. Ygiyev</b>	82
Infusion therapy at perioperative period	
<b>A.B. Turganova</b>	83
Phibrocolonoscopy as the method of diagnostic and treatment of colonic polyp	
<b>N.M. Zhumazhanov</b>	85
Preoperative preparation of patients of elderly age with postoperative recurrent ventral hernias	
<b>I.V. Povarnitsyn</b>	87
On the anesthetic management of surgery for an ectopic pregnancy, complicated by hemorrhagic shock of 3 degree	
<b>N.M. Zhumazhanov</b>	88
Surgical tactics of treatment of acute calculous cholecystitis complicated with choledocholithiasis and mechanical jaundice of patients of elderly age	
<b>A.A. Dussembaev</b>	90
Treatment of combined injuries of abdominal organs and bones at children	
<b>S.B. Alimhanov, M.M. Gladinets, D.K. Aldyngurov</b>	91
The analysis of activity of surgical service	
<b>O.G. Tashtemirova, S.M. Tergeusizov, Sh.A. Tergeusizova, K.K. Tashtemirov, R.L. Zhaltyrov, G.A. Zhakupova</b>	94
Role of skringovy research in diagnostics of malignant new growths of a gastroenteric path	
<b>A.A. Dussembaev</b>	96
Medical physical gymnastics and isometrical in complexive treatmentat children with closed fractures of femoral shaft	
<b>M.Z. Akhmetova</b>	98
Features of clinic of dysfunctional disorders of biliary tract in children	
<b>M.T. Seidumanov, A.K. Alimzhanov, M.A. Golovnya</b>	99
Diabetic foot and its treatment	
<b>D.D. Suleimeneva, S.K. Kabdykanov, Zh.R. Sapargaliyeva</b>	104
Special teatures of treatment and prostuesis of patients with prosthetic stomatopathies	
<b>SH. Abralina, L. Sadvokasova, D. Burzhanova, P. Kambarova, B. Kurenova</b>	106
Peculiarities of lymphadenitis maxillofacial region in children	
<b>N.B. Khaidarova</b>	108
Preventive maintenance of errors and complications at endodontus treatment of the complicated caries	
<b>Y.A. Zavorohina, T.M. Tokanov, K.M. Pilipenko, M. Ganzha</b>	109
Some aspects of prevention of periodontal diseases	
<b>N.B. Khaidarova</b>	111
Professional capabverty of stomatologiets	
<b>O.A. Zavorohina, Y.A. Zavorohina, G.T. Akhmadullina, N. Goosen, L.A. Eraizer, Zh.S. Kapasova</b>	112
The frequency of patients with opportunistic intestinal infections of different etiology	
<b>S.B. Imangazinov, M.E. Sorokina, A.Z. Haparbekov, G.Zh. Hasenova, A.M. Asylkhanova</b>	114
Analysis of the effectiveness of antiretroviral therapy of HIV-infected patients serving their sentences in prisons	
<b>G.N. Turarova</b>	115
The view of epidemical situation of HIV for 2001-2011 years in prisons of Semey	
<b>K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, ZH.ZH. Konkakova, L.P. Britenkova, B.K. ZHarkenova, N.B. Nurgaliev, I.M. Baylidinova</b>	117
Citokin regulatory immunopespon answer at tuberculosis light	
<b>K.S. Igembaeva</b>	118
Role of cytokines in the against tuberculosis immunities	
<b>K.S. Igembaeva, I.E. Soloviev, L.P. Britenkova, ZH.ZH. Konkakova, E.A.Ibrayev, I.M. Baylidinova, B.K. Zharcenova, N.B. Nurgaliev</b>	119
Upshots of the treatment sick medicinal - a firm form of the tuberculosis light	
<b>R.S. Igembaeva</b>	121
The track record of the epydemiological factors on tuberculosis Semipalatinsk region for the last 37 years (1975-2011 y.y.)	

<b>Zh.O. Zhakiyanova, M.Y.Uteubayev, B.K. Ersahanova, N.S. Zharylgapova, L.O. Abdikarimova, M.E. Orazgaliyeva</b>	123
Features of a restricted inflammatory of disease of an external nose	
<b>Zh.O. Zhakiyanova, B.M. Kulumbayeva, N.S. Zharylgapova, L.O. Abdikarimova, M.E. Orazgaliyeva, M.Y.Uteubayev</b>	124
Efficiency of rehabilitation of vestibular violations	
<b>D.B. Taigulov</b>	126
Social and hygienic aspects of the health status of students of medical university	
<b>S.K. Kulinichenko</b>	128
The functional state of central nervous system lead production workers	
<b>R.M. Zhumambayeva, D.K.Kozhahmetova, S.K. Orazbekova, I.A. Izbasarova, E.M. Zhumambayev, G.K. Rakhimberova</b>	131
Семей қаласындағы қарттар және мүгедектерге арналған жалпы типтегі МӘМ» тұрғындарының аурушаңдық құрылымына талдау жүргізу	
<b>R.M. Zhumambayeva, D.K. Kozhahmetova, S.K. Orazbecova, L.A.Dusenova, E.M. Zhumambayev, A. Kalymzhanova</b>	133
A health status of the dispensary group patients living in the health-rehabilitation department of "Health care establishment for elderly and disabled persons of general type" of the Semey city	
<b>U.S. Samarova, D.S. Mussina</b>	135
Social-hygienic aspects of abortion	
<b>M.A. Dauletyarova, G.Zh. Kailubayeva, G.O. Yesengeldinova, K.G. Blashenuk</b>	137
Effective implementation of software for perinatal care according to the city of clinical maternity hospital	
<b>Case histories</b>	
<b>A.M. Kussainov</b>	139
The phlegmone of scrotum	
<b>T.K. Tlegenov</b>	140
The method of endoscopic ligation of esophageal varices in patients with liver cirrhosis (case report)	
<b>K.K. Dzhaksalykova, K.D. Abayeva, G.M. Meyremchanova, A.K. Zhamantaeva, G.B. Tayorazova</b>	142
Clinical case of congenital leukosis in a newborn child with down syndrome	
<b>C.Tc. Van</b>	144
Clinical case of retinoblastoma	
<b>L.E. Abisheva</b>	145
Problems of hemostasis in patients with chronic liver disease	
<b>I.I. Pineko-Skvortcova</b>	147
Pulmonary hypertension - a case of the practice	

**Государственный медицинский университет г. Семей**

**Подписано в печать 30.04.2012 г.**

**Формат А4. Объем 19,3 усл.п.л. Тираж 300 экз.**