



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



3' 2012

Semey - Семей

Министерство
здравоохранения Республики
Казахстан.

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

НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинский научно-практический журнал

№ 3 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)
Телеуов М.К.	(Астана)
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

Организация здравоохранения Республики Казахстан	
А.С. Тулеуова, Д.С. Жарлыганова	5
Нормативные предпосылки развития интегрированной системы здравоохранения в Республике Казахстан	
Н.Е. Глушкова	7
Модели медико-социальной поддержки молодежи в Республике Казахстан и за рубежом	
Г. Бегалиева, Т. Мажитов, Л. Бюрабекова	9
Сравнительный анализ политики лекарственного обеспечения на стационарном уровне Казахстана и Сингапура	
Вопросы медицинского образования	
Н.Е. Глушкова, Ж.А. Омаргалиева	14
Литературный обзор барьеров доступа молодых людей к медико-социальным сервисам	
Ж. Кожаниязова, М. Матиева	15
К проблеме организации самостоятельной работы студентов	
Статьи	
Т.К. Рахыпбеков, Т.А. Адылханов, А.К. Мусаханова, Н.Е. Аукенов, Л.М. Пивина, Т.И. Белихина, А.С. Керимкулова	18
Донорологическая диагностика и профилактика болезней системы кровообращения у лиц, подвергавшихся воздействию радиационного фактора, на основе изучения генного полиморфизма	
Т.А. Адылханов, Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова, Т.И. Белихина, А.К. Мусаханова, Г.М. Шалгумбаева	20
Влияние радиационных и нерадиационных факторов риска на формирование заболеваний системы кровообращения и методы их профилактики с позиции доказательной медицины	
Л.Қ. Қаражанова, М.А. Қапақова, З.Р. Муслимова	23
Миокард инфарктімен біріккен цереброваскулярлы патологиясы бар науқастардағы HLA антигендерінің бөлінуі	
М.Т. Аубакиров, А.А. Дюсембаев, М.С. Санбаев, М.С. Дюсупжанов, Е.А. Жумажанов, Т.М. Шарипов, А.Д. Жаркимбаева, О.Т. Ван, Л.Ю. Еремина, Н.А. Абдухаимов	27
Реабилитационная терапия после операции по поводу пороков развития аноректальной области и болезни Гиршпрунга у детей	
М.М. Гладинец, Д.Ф. Багаутдинов, Л.Ю. Еремина, З. Токай, Я.В. Шульгин, М.Е. Темиржанов	29
Отдаленные результаты оперативного лечения острой спаечной непроходимости кишечника	
М.К. Сыздыкбаев, В.А. Куртуков, Т.Х. Сыздыкбаев, Н.А. Абдухаимов	32
Фибробронхоскопическая картина у больных острым абсцессом и гангреной легкого при комплексном лечении с применением криосупернатантной фракции плазмы и плазмафереза с возмещением плазмотерии криосупернатантной фракцией плазмы	
М.М. Гладинец, Д.Г. Кондратьев	33
Осложнения после холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста	
Н.Р. Рахметов, М.Ж. Аймагамбетов, Л.Ю. Еремина	36
Мини-лапаротомия при хирургическом лечении желчнокаменной болезни	
А.Е. Курмангазина	37
Неотложная хирургическая некрэктомия в профилактике осложнений ожоговой болезни у детей	
Г.Ж. Ыгиев	38
Трудная интубация трахеи с помощью фиброоптического бронхоскопа	
А.М. Жайсанбаев	39
Отдаленный результат лечения перелома диафиза плечевой кости по г. Семей: качественное исследование	
О.А. Кожаметов	40
Эпидемиология переломов надколенника по городу Семей за 2011 год	
А.М. Жайсанбаев	42
Эпидемиология переломов пяточной кости по городу Семей за 2011 год	
Р.М. Жумамбаева, К.А. Тулеуов, Л.Б. Дюсенова, Д.К. Кожаметова, З.Л. Алимбекова, З.И. Мынжанова	43
Электрофорез с карипазимом в комплексном лечении деформирующего остеоартроза	
А.Е. Курмангазина	45
Консервативные методы лечения диафизарных переломов плечевой кости у детей	
Л.А. Муковозова, Ш.А. Кулжанова, И.В. Избасарова, З.А. Адильханова, С. Арчабаева	46
Клинико-рентгенологические проявления сакроилеита при подостром бруцеллезе	
Г.Ж. Ережепова	47
Характеристика подростков страдающих лекарственно устойчивым туберкулезом легких	

К.С. Игембаева, Н.Б. Нургалиев, С.М. Дутбаева, Г.К. Дюсембекова, К.А. Ешмухамбетова, Ж.Ж. Тынымбаева, Н.Ж. Елемесова, А. Шалапутова	49
Клиническая структура туберкулеза органов дыхания среди социально - отягощенных групп населения	
Б.К. Жаркенова, Г.Ж. Ережепова, Н.К. Нурымханова	50
Клиническая характеристика больных туберкулезным менингитом	
К.С. Игембаева, С.М. Дутбаева, Н.Б. Нургалиев, Г.К. Дюсембекова, К.А. Ешмухамбетова, Ж.Ж. Тынымбаева, Н.Ж. Елемесова, А. Шалапутова	51
Характеристика впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания	
Г.Ж. Ережепова	52
Характеристика заболеваемости туберкулезом среди подростков	
А.Ж. Байбусинова, А.К. Мусаханова, Ж.А. Омаргалиева, Т.А. Суттибаева	54
Медико-социальные аспекты здоровья школьников города Семей	
Г.К. Алшынбекова	58
Особенности изменений биоэлектрической активности мозга детей, проживающих в регионе нефтяной промышленности	
К.К. Рахимжанов, Б.М. Майлыбаев, А. Ракишева, С.Б. Байдолдина, Л. Кудербаева, Б.Б. Тулькубаев, Е.Р. Шокаев	60
Эндоскопическое и цитоморфологическое изучение клеточного состава и внеклеточных субстратов слизистой оболочки бронхов при гнойном трахеобронхите у детей	
Ж.А. Мусабекова	62
Диагностическое значение альфа-фетопротеина при врожденной пневмонии	
К.К. Рахимжанов, Б.М. Майлыбаев, Б.Б. Тулькубаев, С.А. Изнаиров, М.Т. Еркебаев	63
Цитологическое и биохимическое обоснование различных форм хронических гнойных трахеобронхитов у детей	
У.С. Самарова, Д.М. Битебаева, Т.А. Суттибаева	65
Курение подростков как проблема охраны здоровья	
Г.Т. Камашева, Р.Ж. Бактыбаева, К.Н. Жанасова, Г.М. Майжанова, К.Ж. Койшыбаева	67
Клинические типы часто болеющих детей города Семей	
Р.Е. Тулеутаева	69
Возможности применения пробиотической терапии у больных с хроническим пиелонефритом	
Р.Е. Тулеутаева, А.Р. Махатова, Г.Б. Кактаева, Р.О. Бельгебаева, О.Б. Сапарова	72
Оценка клинической эффективности растительного препарата Канефрон-Н у больных с хроническим пиелонефритом	
Д.Е. Жангирова, М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ф.К. Тусунбаева, Ш.К. Акинжанова, А.К. Хайбулина, А.Б. Баймуханова	74
Актовегин в лечении синдрома диабетической стопы	
М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ф.К. Тусунбаева, Ш.К. Акинжанова, Д.Е. Жангирова, Р.К. Ельчибаева	75
Тиреоидная патология и йодная обеспеченность в Семипалатинском регионе	
Р.М. Жумамбаева, Л.Б. Дюсенова, Д.К. Кожаметова, Г.К. Оразбаева, Д. Серикболова	77
Реабилитация больных КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей перенесших острое нарушение мозгового кровообращения	
Р.М. Жумамбаева, П.С. Сулейменова, С.Б. Кайдарова, А.Б. Калымжанова, Д.Х. Даутов	79
Структура заболеваемости по терапевтическому отделению городской больницы №2 города Семей в 2011 году	
Е.П. Бендриковская, Б.Ж. Сарбасова, М.Т. Елемесова, Т.Ш. Матунова, С.М. Исаханова, А.Ж. Адилбеков	82
Тромболитическая терапия при остром коронарном синдроме	
Н. Жумадилова	83
Реперфузионная терапия острого коронарного синдрома	
Е.П. Бендриковская, Б.Ж. Сарбасова, Ш.О. Калиева, А.И. Сторож, Н.Н. Чернова, Б.С. Сейсекенова, А.Ж. Адилбеков	85
О комплексном лечении бронхиальной астмы	
А.М. Бегалина, К.С. Бейсембаева, А.М. Шулепова, А.Ж. Адилбеков	87
Факторы риска заболеваний сердечно-сосудистой системы и их профилактика	
Г.С. Бекбаева, Г.Ж. Нурмуханбетова, А.А. Мырсеитова, Б.С. Сейсекенова	89
Первичная профилактика болезней системы кровообращения в практике семейного врача	
Р.М.Жумамбаева, К.А.Тулеуов, Н.А.Балашкевич, С.К.Зияданова, З.А.Алимбекова, Б.Т. Рысбекова	90
Агрегационные свойства эритроцитов у больных с метаболическим синдромом под влиянием амлипина	
Г.С. Бекбаева, Г.Ж. Нурмуханбетова	92
Гастро-эзофагальный рефлюкс в практике семейного врача	

Р.М. Жумамбаева, К.А. Тулеуов, И.А. Избасарова, С.К. Зияданова	93
Метаболический синдром, или синдром X. Современные представления о патогенезе	
Б.К. Касымов	95
Медико-социальный анализ смертельного дорожно-транспортного травматизма по Семейскому региону	
Т.Д. Байбулатов, К.С. Ожаров, Ш.Е. Садвокасова, М.М. Байсадыков, Б.К. Касымов	97
О затратах рабочего времени на проведение экспертиз в отделе живых лиц в восточно-казахстанском филиале «ЦСМ» МЗ РК	
К.М. Сейтахметов, А.К. Мухаметкалиева, М.К. Камелова, М.М. Байсадыков, Б.К. Касымов	100
Определение этиленгликоля на газовом хроматографе «Кристаллюкс-4000М»	
В.А. Скуридин, Т.Д. Байбулатов, В.Ю. Вересов, Н. Орынбасаров, А.Х. Жармухаметов	101
Цитодиагностика вирусных заболеваний органов дыхания методом Павловского в судебно-медицинской практике	
Н.С. Игисинов, Г.Б. Кожаметова	103
Анализ распространенности самоубийств в республике Казахстан	
Қ.М. Сейтахметов	105
ҚР Денсаулық сақтау Министрлігінің «Сот медицина орталығы» РМҚК ШҚ филиалы бойынша 2006-2010 жылдар динамикасындағы мәйіт материалындағы карбоксигемоглобинды анықтау және оның есептік талдауы	
К.С. Ожаров	108
Анализ проведенных судебно-медицинских экспертиз в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц Восточно-Казахстанского филиала РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК по г.Усть-Каменогорску за 2009-2011 гг.	
А.Д. Ожарова	111
Анализ работы судебно-биологического отделения Восточно-Казахстанского филиала РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК за период 2009-2011гг	
Б.А. Жетписбаев, Д.К. Нурмуқанов, О.З. Ильдербаев, А.Ш. Кыдырмолдина	113
Понятие и общая классификация заключенных в исправительных учреждениях	
Л.М. Садвокасова, В.Ю. Купреев, С.А. Губин	116
История развития дентальной имплантологии	
В.И. Лукьяненко	119
Объемное моделирование базиса полного съёмного протеза при неблагоприятных клинических условиях	
Л.М. Садвокасова, В.Ю. Купреев, С.А. Губин	120
Дентальная имплантация. Классификация. Показания и противопоказания. Хирургические этапы	
С.М. Сыздыкаева	122
Применение препарата хлорхинальдина в комплексном лечении кандидоза полости рта	
Р.К. Пшембаева	123
Протезирование с использованием гальванопластики	
Случаи из практики	
М.Т. Аубакиров, М.С. Дюсупжанов, Е.А. Жумажанов, О.Т. Ван	125
Инвагинация червеобразного отростка у детей	
Т.Д. Байбулатов, В.Ю. Вересов, К.С. Ожаров, С.А. Закиров, Н. Орынбасаров	126
Случай плоскоклеточного рака легкого с развитием инфаркта миокарда и постинфарктного синдрома Дресслера	
Н.Б. Нурғалиев	127
Видеоторакоскопия в диагностике метастатического рака. (Случай из клинической практики)	
Н.А. Жыкбаев, А.О. Дакиева, С.А. Закиров, А.Х. Жармухаметов	129
Особенности повреждения обуви при проведении медико-криминалистической экспертизы при автомобильной травме	
Ғ.О. Әділханов, М.С. Ожиков, Н.М. Мырзагулов, Б.К. Касымов	130
Миеломды ауру. (Тәжірибеден алынған жағдай)	
Ж.Ж. Уахитов, А.С. Гаврильман, Б.Д. Шакабаев, Е.Б. Бектуров, Б.А. Байкуатов	132
Киста шейки мочевого пузыря. Случай из практики	
А.С. Гаврильман, Ж.Ж. Уахитов, Б.Д. Шакабаев, Б.А. Байкуатов, Е.Б. Бектуров, С.Т. Абдрахманов	134
Наш опыт комбинированного лечения гиперактивного мочевого пузыря	
Г.Б. Ульмисекова	135
Особенности иммунитета у новорожденных и детей раннего возраста с врожденными пороками нервной системы	
Ж.С. Спатаев	137
Интраоперационные диагностические ошибки при перитоните	

УДК 614.2

**НОРМАТИВНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН****А.С. Тулеуова, Д.С. Жарлыганова****АО «Медицинский университет Астана», г. Астана****Резюме**

В данной статье на основе проведенного контент – анализа стратегических документов и законодательных актов Казахстана описаны нормативные предпосылки развития интегрированной системы здравоохранения страны.

Тұжырым**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БІРІКТІРІЛГЕН ЖҮЙЕСІНДЕ НОРМАТИВТІ АЛҒЫШАРТТАР****А.С. Тулеуова, Д.С. Жарлыганова**

Мақалада жүргізілген контент – анализ негізінде Қазақстанның стратегиялық іс-құжаттар мен заң актілерінде елдің денсаулық сақтау біріктірілген жүйесінің нормативті алғышарттары берілген.

Summary**STATUTORY PREREQUISITES DEVELOPMENT OF INTEGRATED HEALTH CARE SYSTEM OF KAZAKHSTAN****A.S. Tuleuova, D.S. Zarlyganova**

This article, on the basis of the content – analysis of strategy documents and legislative acts of Kazakhstan describes statutory prerequisites development of integrated health care system in the country.

Актуальность. Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» (2011) подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи [1].

Современная медицина основывается не только на теоретических знаниях, но и на умении принимать независимые решения, своевременно использовать знания и навыки. Чтобы всегда быть на передовых позициях современной медицины необходимо уметь правильно использовать научные знания, участвовать в научных исследованиях и применять их на практике. Интеграция образования, науки и производства, развитие послевузовского образования на основе современных достижений науки и техники является одним из приоритетных направлений развития здравоохранения. Создание передовой академической системы здравоохранения является стратегически важным мероприятием для страны. Реформы в этой отрасли требуют тщательного анализа и долгосрочной стратегии с учетом имеющихся и планируемых ресурсов, инфраструктурных особенностей, доступа к современным технологиям, состояния здоровья граждан и менталитета медиков и населения. Законодательное подкрепление и стратегическое планирование в вопросах развития академической интегрированной системы здравоохранения является одной из первоочередных и приоритетных задач, отражающей предпосылки ее развития и становления в стране.

Цель исследования. Изучить нормативные предпосылки для развития интегрированной системы здравоохранения в Республике Казахстан.

Материалы и методы исследования. Основным методом исследования был контент – анализ законодательной базы РК. Материалами исследования послужили стратегические документы и нормативные акты Республики Казахстан в области медицинской науки и образования.

Результаты и обсуждение. В Стратегии «Казахстан – 2030» определены семь долгосрочных приоритетов, одним из которых является здоровье, образование и благополучие граждан, ставшие основной для разработки конкретных планов действий по дальнейшему развитию страны [2]. В Стратегическом плане развития РК указывается, что Казахстан к 2020 году станет страной, которая вышла из мирового кризиса более сильной и конкурентоспособной - качественное образование будет доступным по всей стране и значительно улучшится состояние здоровья населения, услуги здравоохранения будут соответствовать лучшим мировым стандартам [3]. В отраслевых стратегических документах Министерства здравоохранения [4] и Министерства образования и науки [5] - с целью повышения качества научных исследований в области здравоохранения предполагается создание эффективной системы управления медицинской наукой и ее интеграции с образованием и практическим здравоохранением посредством проведения ряда мероприятий. Так, одним из важных мероприятий определено увеличение доли организаций науки и образования в составе профильных научно-образовательно-практических кластеров, что позволит обеспечить качество профессиональной деятельности профильной службы.

В Государственной программе развития образования Республики Казахстан на 2011 – 2020 годы (далее – Программа) отражены проблемные моменты, связанные с процессом интеграции науки, образования и практики [6]. Указывается, что недостаточное количество проектных институтов и конструкторского бюро замедляет трансферт технологий в производство, что связано зачастую с отсутствием механизмов взаимодействия с ВУЗами. Слабая связь образования, науки и производства обусловлена межведомственными барьерами между ВУЗами и научными организациями, недостаточным финансированием ВУЗовской науки, чрезмерным администрированием образовательного процесса, не позволяющим гибко реагировать на достижения науки и техники, учитывать изменившиеся потребности производства, а также отсутствие экономических стимулов у частного сектора осуществлять инвестиции в образование, науку и инновационную деятельность. В Казахстане не развиты институциональные формы поддержки инновационных структур, выполняющих разработки и обеспечивающих доведение результатов научно – ис-

следовательских и опытно – конструкторских работ до их практической реализации. К 2015 году планируется, что доля ВУЗов, осуществляющих инновационную деятельность путем интеграции образования и науки на основе внедрения результатов отечественных научных исследований в производство составит 2%, а в 2020 году данный показатель возрастет до 5%.

Для решения вышеуказанных проблем, одной из задач Программы определено создание условий для коммерциализации продуктов интеллектуальной собственности и технологий. Реализация задачи будет осуществляться посредством внедрения расширенной практики на производстве для студентов, создания наукоемкой продукции и услуг на базе ВУЗов через организацию работы консорциумов, профильных научных организаций и предприятий, передачи отдельных научно – исследовательских институтов в состав ведущих исследовательских университетов.

В Концепции развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы указывается, на необходимость предпринять меры по усилению интеграции научной, образовательной и практической деятельности в сфере здравоохранения [7]. Определена необходимость повышения активности медицинских вузов в реализации научных проектов, республиканских и отраслевых научно-технических программ, создания условий для привлечения студентов к научно-исследовательской работе и т.д. Указывается, что одним из основных принципов развития медицинского и фармацевтического образования должна стать интеграция через развитие научной деятельности в медицинских вузах, привлечение к образовательной деятельности высококвалифицированных специалистов здравоохранения позволит достичь качества подготовки и конкурентоспособности выпускника на рынке труда. А в рамках реализации цели по обновлению и совершенствованию образовательных программ одной из задач является обеспечение интеграции образования, науки и практического здравоохранения посредством внедрения достижений современной науки и здравоохранения, принципов доказательной медицины в образовательные программы; привлечения высококвалифицированных отечественных и зарубежных специалистов здравоохранения для клинического обучения на всех уровнях медицинского образования и привлечения обучающихся к проведению научных исследований в медицинских и фармацевтических организациях образования.

С целью создания конкурентоспособного кадрового потенциала здравоохранения и развития науки и инновационных технологий в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы [8] планируется повышение уровня и качества ВУЗовской науки, создание 2 научных центров коллективного пользования, оснащенных оборудованием, соответствующим лучшим мировым стандартам. Реализуемая с 2008 года Концепция реформирования медицинской науки РК определила своей миссией достижение конкурентоспособности отечественной медицинской науки, обеспечивающей получение новых знаний, востребованных для развития практического здравоохранения. В данном документе определен механизм координации и взаимодействия научных, образовательных и практических организаций в рамках деятельности профильных медицинских служб [9].

В настоящее время в Казахстане существует комплексная стратегия использования образования, науки и техники для обеспечения улучшения качества жизни своего народа. Во всех стратегических документах

нашей страны вопрос интеграции практики, образования и науки отражен в той или иной мере, выстраивая и постепенно реализуясь за счет ряда нормативных документов – Закона «О науке», Закона «Об образовании» и подзаконных актов.

Интеграция образования, науки и производства является одной из задач образовательной политики нашей страны. Реальная интеграция выстраивается в повышении уровня исследований и научной активности вузов и научно – исследовательских институтов, осуществлении ими инновационной деятельности с широким внедрением научных результатов в производство.

Научно – техническая деятельность в РК нормативно определена как деятельность, направленная на получение и применение новых знаний во всех областях науки, техники и производства. Одним из принципов государственной политики в области науки определено интеграция науки, научно – технических разработок, производства и образования. В Законе Республики Казахстан «О науке» 2001 года [11] одним из способов достижения данного принципа рассматривается создание «научно – образовательный консорциумов», представляющее собой временное добровольное равноправное объединение, в котором научные организации, высшие учебные заведения и другие юридические лица, в том числе занятые в сфере производства, объединяют интеллектуальные, финансовые и иные ресурсы для проведения фундаментальных, прикладных научных исследований, разработку технологических инноваций и подготовку высококвалифицированных специалистов.

Впервые в Законе 2011 года помимо научных организаций и физических лиц, осуществляющих научную деятельность, субъектами научной и научно – технической деятельности определены исследовательские университеты и высшие учебные заведения (далее – ВУЗ). Высшим учебным заведениям Правительством РК может присваиваться статус исследовательского университета, который призван интегрировать научную деятельность и образовательный процесс на всех уровнях образования, посредством участия в организации и проведении фундаментальных и прикладных научных исследований и иных научно – технических, опытно – конструкторских работ, используя результаты для генерации и трансферта новых знаний [10].

В законе «Об образовании» для медицинских ВУЗов с целью интеграции науки, практики и образования было введено понятие «клиническая база», подразумевающая клинику высшего учебного заведения или организацию здравоохранения, функционирующую на базе местных организаций здравоохранения, имеющая высокий уровень материально – технической базы, осуществляющая на основе современных методов организационно – методической, учебной, лечебно – диагностической и научно – исследовательской работы подготовку и переподготовку врачей, научных кадров и оказывающая все виды медицинской помощи [10].

Одним не маловажным шагом к интеграции заложены в создании Национальных научных советов, являющиеся коллегиальными органами по направлениям развития научной деятельности, формирующихся из числа компетентных казахстанских и зарубежных ученых, представителей государственных органов, национальных холдингов, компаний, субъектов частного предпринимательства, научных организаций, высших учебных заведений и научных общественных объединений. [12]

Трансформация знаний в технологии и их трансферта в экономику является одним из основных принципов

управления научной деятельности. Научным организациям и ВУЗам законодательно разрешено создание деятельности, которая заключается в практическое применение (коммерциализация) результатов научной и научно – исследовательской деятельности.

Создание научных лабораторий коллективного пользования содействует выполнению Программы сформированного индустриально-инновационного развития Казахстана, способствуя содействию в реализации научных и научно – технических программ и проектов, распространении новых знаний и технологий, создании условий для коммерциализации результатов научной деятельности. Привлечение студентов, магистрантов и молодых ученых научной организации и ВУЗа, посредством предоставления доступа к пользованию приборами и оборудованием позволяет академически выстроить интегрированную систему в области здравоохранения [13].

Для построения на данном этапе интегрированной академической системы здравоохранения существует необходимость в устойчивом правовом институте с гармонизацией во всех областях. Законодательство не в полной мере отражает все структурные компоненты и составляющие интегрированной системы.

Нормативные предпосылки развития интегрированной системы здравоохранения будут способствовать созданию модели, основанной на инновациях и международных подходах, которая будет внедряться на всех уровнях здравоохранения - от академического и высокоспециализированного до первичного звена оказания медицинской помощи.

Все стратегические приоритеты формулируют конечные цели – выход образования и науки на мировой уровень и высокую востребованность ее результатов инновационным процессом, экономикой и обществом.

Литература:

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева к народу «Новый Казахстан в новом мире» (2011).

2. Стратегия «Казахстан – 2030». «Процветание, безопасность и улучшение благосостояние всех казахстанцев».

3. Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922. О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года

4. Стратегический план Министерства здравоохранения на 2011 – 2015 годы, Постановление Правительства Республики Казахстан №183 от 25.02.2011 г.

5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 19 февраля 2011 года №160. Об утверждении Стратегического плана Министерства образования и науки Республики Казахстан на 2011-2015 годы

6. Указ Президента Республики Казахстан от 7 декабря 2010 года №1118. Об утверждении Государственной программы развития образования Республики Казахстан на 2011 – 2020 годы

7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 августа 2011 года №534. Концепция развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011- 2015 годы

8. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №113. О Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы

9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 февраля 2008 года №79. Концепция реформирования медицинской науки Республики Казахстан на 2008 – 2012 годы

10. Закон Республики Казахстан от 27 июля 2007 г. №319-III. Закон Республики Казахстан «Об образовании»

11. Закон Республики Казахстан от 18 февраля 2011 года №407 – IV. Закон Республики Казахстан «О науке»

12. Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 мая 2011 года №519. О национальных научных советах

13. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 19 мая 2011 года №200. Об утверждении Типового положения о научных лабораториях коллективного пользования

УДК 614.2(574)(1-87)+374.33

МОДЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И ЗА РУБЕЖОМ

Н.Е. Глушкова

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ЖӘНЕ ШЕТЕЛ ЖАСТАРЫН ҚОЛДАУДАҒЫ
МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ҮЛГІЛЕРІ**

Н.Е. Глушкова

Қазақстан Республикасы, Австралия және АҚШ мысалында жастарды медициналық-әлеуметтік түрде қолдаудың ұлттық үлгілерінің салыстырмалы талдауы жасалған. Ол талдауға қолданыстағы заң бойынша жастарға медициналық-әлеуметтік қызмет көрсететін ұйымдардың қызметтерінің бағасы да кірген.

Summary

MODELS MEDICAL-SOCIAL SUPPORT OF YOUNG ADULTS IN KAZAKHSTAN AND ABROAD

N.E. Glushkova

The comparative analysis of national patterns of medical and social support for young people by the example of the Republic of Kazakhstan, Australia and the United States, with an estimate of the organizations-service providers, allow medical-social services for young people under the law was conducted.

Введение. В 2010 году, провозглашенном Международным годом молодежи, число молодых людей в

мире достигло 1 миллиарда 822 миллионов человек, четверть населения всего мира, представляя, колос-

сальный ресурс определяющий будущее социальной сферы, экономики и здравоохранения [9,18]. Ежегодные отчёты ВОЗ по заболеваемости, смертности среди молодых людей, свидетельствуют о наличии тенденций к ухудшению медико-социального положения данной когорты [6,18]. Молодежь в Казахстане составляет 29% населения, доля сельской молодежи составляет 44% от общей численности молодёжи [2,7]. В условиях трансформации казахстанского общества, а также дальнейшего стратегического развития страны государственная молодежная политика приобретает большое значение, в контексте формирования конкурентоспособного здорового молодого человека [5,7].

Цель исследования: Провести сравнительный анализ национальных моделей медико-социальной поддержки молодых людей на примере Республики Казахстан, Австралии и США, с оценкой деятельности организаций-провайдеров, предоставляющих медико-социальные услуги для молодежи.

Материал и методы: Был проведен анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей медико-социальную поддержку молодых людей Республики Казахстан, Австралии и США.

Результаты и обсуждение: В исследуемых странах действуют нормативно-правовые акты, согласованные с рекомендациями ВОЗ и Всеобщей декларацией по правам человека, Конвенцией о правах ребенка, Международном пакте об экономических, социальных, культурных правах и адаптированные под национальные модели здравоохранения [9]. Основным нормативным правовым документом, регулирующим сферу отношений государства и молодежи в РК, является Закон «О государственной молодежной политике» №581 от 7 июля 2004 года, в котором определены механизмы государственной поддержки молодежи. Сферу молодежной политики координируют различные государственные и отраслевые программы. В целом ряд нормативно-правовых документов Министерства Здравоохранения регулирует охрану здоровья молодёжи [2,7,1,8,]. Ряд тенденций улучшения качества жизни и здоровья молодежи затрагиваются в Государственной Программе развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» 2011 – 2015 [1]. Среди медицинских провайдеров в РК основную работу выполняют студенческие поликлиники [4]. В последнее время стали создаваться инновационные клиники при поддержке ЮНИСЕФ - «Клиники дружественные к молодежи (КДМ)». Инициатива создания КДМ поддерживается правительством и местными исполнительными органами. Среди организаций, оказывающие правовые и психологические консультации, анонимное консультирование по вопросам употребления наркотиков, сексуального здоровья, отмечены Союз сельской молодежи, Общественный фонд «Адал Көмек», Альянс студентов Казахстана, корпоративный фонд «Будущее без наркотиков», Государственный Фонд развития молодежной политики и др. Участие в поддержке прав молодежи принимает государственная организация Жас Отан. Помощь такого рода организаций во всех направлениях является бесплатной и широко поддерживаемой правительством и различными общественными объединениями. В целом по республике отмечается преимущественно государственное регулирование молодежной политики в области здравоохранения с достаточно низкой долей неправительственных организаций.

В Австралии и США система нормативно-правового регулирования, регламентирующая охрану здоровья и социального благополучия молодежи имеет свою специфику в отличие от Казахстана. Так как обеспечение

средственно медицинской помощью в этих странах происходит на базе программ государственного и частного медицинского страхования. Вследствие чего, многие медико-социальные риски для молодежи все еще остаются вне программ правительства и остаются на попечение только международных конвенций по защите человеческих прав.

Так в Австралии действуют «Закон о правовой помощи», основанный на Законе о Правах Человека и базирующаяся на Законе о Системе Здравоохранения Национальная Система медицинского страхования MediCare. Программу частного страхования обеспечивает фонд Medibank Private [10]. Нормативно-правовое регулирование вопросов здоровья молодежи и социальной поддержки обеспечивается через общие акты. Среди государственных организаций обеспечивающих бесплатную медицинскую, социальную и психологическую помощь для молодежи (без участия системы MediCare) Союз Молодежного Здравоохранения, Организация планирования семьи и Сексуального Здоровья, Центр Сексуального Здоровья Канберра, Австралийская Общественная Медицинская Помощь [17]. Реализуется Государственная программа Закон о Молодежи: Планы на 2009-2014 годы в рамках Национальной Политики, ставящая перед собой, задачи формирования здорового поколения и в здоровой нации в будущем [11].

В США в 2010 году проведена реформа Системы здравоохранения [12,15]. Благодаря изменениям в системе, регламентирующие действия обеспечиваются двумя основными нормативно-правовыми актами: специальный раздел Public Health Service Act 2714 посвященный молодежи и в дополнение к нему раздел 1001 Act The Affordable Care Act [14,16]. Основные инновации в том, что с 26 сентября 2010 года лица до 26 лет могут оставаться в плане страхования родителей (Medicare/Medicaid) или добавляться к нему [14,16]. Это ориентировано на охват выпускников ВУЗов и колледжей, так как многие из студентов остаются вне частных программ студенческого страхования. Непосредственно студенческое медицинское страхование регламентирует одноименный Закон, действующий с 11 февраля 2011 года 9981P [13]. Под его действие попадают около 3 миллионов студентов по всей стране. Среди молодежных организаций широкое распространение получили спортивные организации, центры Молодежной политики и различные проектные Учреждения [3], поддерживаемые Департаментом Здравоохранения и Социальных служб США (HHS). Так в штате Нью-Йорк действует, поддерживаемая местным правительством программа медицинского страхования для лиц до 19 лет. Работают Общинные Центры Здравоохранения: американских индейцев, коренных жителей Аляски.

Вывод: Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что в США реализуется неконсервативная модель молодежной политики [3], предоставляющая государственную помощь наименее защищенным категориям молодежи при жесткой регламентации порядка расходования средств и категорий получаемой помощи. Этим американская модель в сходна с австралийской, которая, четко дифференцирует государственное и частное страхование молодежи (MediCare и Medibank Private) в рамках общего страхования. Обе модели принципиально отличаются от казахстанской, долей неправительственного участия. Независимо от модели здравоохранения, широкой распространенности медико-социальных организаций, здоровье, социально-психологическая поддержка молодежи все еще остро нуждаются в глобальном изучении.

Литература:

1. Программа «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы;
2. Закон РК 7.07.04 N 581 «О государственной молодежной политике в Республике Казахстан»;
3. Зеленин А. А. /Национальная модель реализации молодежной политики в Соединенных Штатах Америки//«Вестник Кемеровского государственного университета», 4(40), Кемерово 2009 - С. 67-71;
4. Кошкимбаева Г.Д., /Опыт работы молодежного центра в информировании молодежи по вопросам репродуктивного здоровья /«Репродуктивная медицина» /3-4(8-9) 2011;
5. Мамираимов Т.К., Байдаров Е.У. / Государственная молодежная политика Республики Казахстан в условиях трансформации общества // URL: <http://www.sarap.kz/rus/view.php?id=416>;
6. Мировая статистика здравоохранения ВОЗ 2010, с.29, 33, 34;
7. Программа РК от 17.02.2001 N 249 "Молодежь Казахстана";
8. Постановление Правительства от 21.11.2001 N 1500 "О концепции по нравственно-половому воспитанию в Республике Казахстан";
9. 64 сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения WHA64.28/ Пункт 13.16 24.0511. Молодежь и риски для здоровья;
10. Australian Government, Office for Youth, State of Australia's Young People: A Report on the social, economic, health and family lives of young people, Report for Office for Youth, DEEWR, Social Policy Research Centre, University of New South Wales, 2009;
11. ACT Young People's Plan 2009–2014, p.31;
12. Filson C.P. Health care reform in 2010: transforming the delivery system to improve quality of care, World J Urol. 2011 Feb; 29(1): p. 85-90;
13. Federal Register / Vol. 76, No. 29 / Friday, February 11, 2011/;
14. Guidance: October 13, 2010 Q&A: Enrollment of Children Under the New Policy That Prohibits Pre-Existing Condition Exclusions;
15. Jarvis, Jan, "Under Fire, Blue Cross Blue Shield of Texas Offers to Cover Medical Expenses for Crowley Baby," March 31, 2010;
16. Regulations: May 13, 2010 OCIO-4150-IFC: Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Dependent Coverage of Children;
17. Scope a YWCA Youth Service. A free confidential youth service for young people aged 12-25, Australia, Canberra 2010, p.2;
18. World population prospects, rev. 2008. United Nations Statistics Division, 2009.

УДК 615.03

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОЛИТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ КАЗАХСТАНА И СИНГАПУРА

Г. Бегалиева, Т. Мажитов, Л. Бюрабекова

АО "Медицинский университет Астана", г. Астана

Резюме

В данной статье отражены основные аспекты политики лекарственного обеспечения в Казахстане и Сингапуре (в том числе на стационарном уровне) на основе обзора литературных источников и нормативных документов стран.

Тұжырым

ҚАЗАҚСТАН МЕН СИНГАПУРДЫҢ СТАЦИОНАРЛЫ ДЕҢГЕЙІНДЕ ДӘРІЛІК ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ САЯСАТЫНА САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ

Г. Бегалиева, Т. Мажитов, Л. Бюрабекова

Берілген мақалада елдің нормативті іс-құжаттары мен әдебиеттер көздеріне шолу негізінде Қазақстан мен Сингапурда (стационарлы деңгейде) дәрілік қамтамасыз ету саясатының негізгі аспектілері көрсетілген.

Summary

COMPARATIVE ANALYSIS OF POLICY OF DRUG SUPPLY IN HOSPITAL IN KAZAKHSTAN AND SINGAPORE

G. Begaliev, T. Mazhitov, L. Byurabekova

This article describes the main aspects policy of drug supply in Kazakhstan and Singapore (including, in hospital), based on literature review and regulations of countries.

Актуальность. Право на охрану здоровья закреплено Конституцией Республики Казахстан и подразумевает обеспечение равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи [1,2]. В своем послании к народу Президент Н.А. Назарбаев указал, что одним из важных направлений в повышении уровня человеческого потенциала является повышение доступности и качества оказания медицинских услуг, продвижения здорового образа жизни [3].

Лекарственное обеспечение - одна из важнейших составляющих медицинской помощи и немаловажная

мера социальной поддержки граждан, напрямую способствующая улучшению состояния здоровья и качества жизни населения [4].

В последние годы государство затрачивает немалые финансовые ресурсы на развитие системы здравоохранения и укрепления здоровья граждан. По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан, только за период с 2008 по 2010 год объем финансирования здравоохранения вырос на 33,4% в национальной валюте (с 377,5 млрд. тенге в 2008 году и 566,9 млрд. тенге в 2010 году), из которых на лекарственное обеспечение в 2010 году составило 77 млрд. тенге и состав-

ляет 44% от объема фармацевтического рынка. При этом большая часть этих средств 71% расходуется на лекарственное обеспечение в стационарах. Объем финансовых средств, выделяемый государством, к сожалению, не покрывает в полной мере потребность в лекарственных средствах в рамках государственного объема бесплатной медицинской помощи, что особенно актуально в амбулаторном сегменте [4].

Для изучения наилучшей практики организации лекарственного обеспечения на стационарном уровне провели сравнительный анализ ситуации в Казахстане и Сингапуре. Выбор Сингапура был определен тем, что данное государство является одним из самых высоких медицинских стандартов Тихо – Океанского региона, система здравоохранения которого с каждым годом совершенствуется.

Проведение сравнительного анализа политики лекарственного обеспечения на основе обзора литературы и контент-анализа нормативных документов Казахстана и Сингапура позволит раскрыть основные организационные аспекты совершенствования данной системы.

Цель исследования. Изучить опыт Сингапура в сфере лекарственного обеспечения на стационарном уровне.

Материалы и методы исследования. Основными методами исследования являлись сравнительный анализ фармацевтической системы Казахстана и Сингапура, на основе обзора литературы и контент – анализа нормативных документов.

Результаты и обсуждение.

Фармацевтическая промышленность в Сингапуре, как и в Казахстане, имеет значительную поддержку со стороны государства. Она является частью фармацевтического, биотехнологического и медицинского кластера в Сингапуре, сгруппированного с целью решения вопросов по повышению качества здоровья населения.

Сингапур имеет один из самых высоких медицинских стандартов по всей Азии [5]. На самом деле, эта промышленно развитая страна является региональным центром Азии по медицинскому опыту. Устоявшаяся система здравоохранения Сингапура состоит из тридцати частных и десяти государственных больниц, а также ряда специализированных клиник. Для Сингапура характерно медицинское страхование с государственными субсидиями на национальном уровне.

Согласно данным IMS Health (2010), общий фармацевтический рынок в Сингапуре за 2009 год составил \$ 445 млн. и стоимости фармацевтических расходов по потребительским ценам в Сингапуре оценивается в 560 миллионов долларов. Согласно данным, общий объем фармацевтических расходов, как ожидается, увеличится до \$ 753 млн. в 2019 г., совокупные темпы годового роста (CAGR) увеличатся на 2,69 процента[6].

На международной арене Сингапур присоединился к Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme (PICS), членство в которой повышает статус Сингапура как регионального фармацевтического и медико – биологического центра и придает глобальное признание качеству фармацевтической продукции страны [7].

Регулирование отношений в сфере обращения лекарственных средств в анализируемых странах осуществляется на государственном уровне, так в Казахстане компетентным органом в данной области определен Комитет по контролю медицинской и фармацевтической деятельности при Министерстве здравоохранения РК, а в Сингапуре - National Pharmaceutical Administration (далее – NPA), также функционирующая при Министерстве здравоохранения. Регулирование отношений осуществляется путем регистрации лекарственных средств, лицензирования фармацевтической деятельности, аттестации физических лиц, осуществляющие фармацевтическую деятельность и государственный надзор. В таблице 1 дан сравнительный анализ данной системы в анализируемых странах.

Таблица 1 – Сравнительный анализ лекарственного обеспечения Казахстана и Сингапура.

	Казахстан	Сингапур
Регулирование лекарственного обеспечения	Комитет по контролю медицинской и фармацевтической деятельности	National Pharmaceutical Administration
Законодательство	Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» [2] ПП РК и приказы МЗ РК в сфере обращения ЛС	Закон о лекарственных средствах [9] Закон о ядах [10]
Лицензирование деятельности	ПП РК от 30 декабря №2301 на производство ЛС на изготовление ЛС на оптовую и розничную реализацию	Закон о лекарственных средствах [9] на продукт на производство на экспорт на оптовую торговлю
Сертифицирование деятельности специалистов	Аттестация Свидетельство	Закон о регистрации фармацевтов [11] Регистр и свидетельство
Регистрация и перерегистрация ЛС	ПП РК №712 от 14.07.10г. [12], приказ МЗ РК №735 от 18.11.2009г. [13] Ввозимые и производимые ЛС	Закон о лекарственных средствах [9] Ввозимые и производимые ЛС
Закуп лекарственных средств	ПП РК №1791 от 7.11.2009г. [14], ПП РК №1729 от 30.11.2009г. [15], приказ МЗ РК №889 от 12.12.11г. [16] Единый дистрибьютор (выбор поставщиков, заключение договор, обеспечение ЛС) Установление предельных цен на ЛС и ИМН закупаемые в рамках ГОБМП	Закон о лекарственных средствах [9] Группа закупа (выбор поставщиков, поиск необходимых ЛС, стратегические планирование, логистика, дистрибуция, управление материальными ресурсами) Отсутствует единая ценовая политика
Хранение, транспортировка и уничтожение	Приказ МЗ РК №739 от 18.11.2009г. [17], №679 от 10.11.2009г. [18] Запрещено использовать ЛС с истекшим сроком годности	Закон о лекарственных средствах [9] запрещено продлевание сроков ЛС

Продолжение таблицы		
	Казахстан	Сингапур
Ввоз	Приказ МЗ РК №710 от 16.11.2009г. [19] Обязательная государственная регистрация ввозимых ЛС	Закон о лекарственных средствах [9] Обязательная государственная регистрация ввозимых ЛС
Мониторинг	Приказ МЗ РК №647 от 03.11.2009г. [20] Проведение мониторинга неблагоприятных побочных действий	Закон о лекарственных средствах [9] Закон о регистрации фармацевтов [11] Мониторинг деятельности фармацевтов и неблагоприятных побочных реакций
Формулярная система	Национальная формулярная система	SDL

Законодательно фармацевтическая деятельность закреплена рядом нормативно – правовых документов, регулирующие все ее этапы. В Казахстане основными директивными документами, устанавливающими порядок и правила лекарственного обеспечения является Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», Государственная программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Казахстан» и ряд Постановлений правительства РК [12,14,15] и приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан [13,16,17, 18, 19, 20]. В данных документах закреплены правила регистрации лекарственных средств, хранения, транспортировки, ввоза и вывоза, лицензирования фармацевтической деятельности, контроль в сфере обращения лекарственных средств, права и обязанности граждан, проведения клинических исследований и испытаний лекарственных средств.

В Сингапуре нормативный пакет документов, регламентирующий деятельность в области лекарственного обеспечения, представлен законами о лекарственных средствах [9], регистрации фармацевтов [10] и о ядах [11]. Закон о лекарственных средствах предусматривает лицензирование всех препаратов, производителей, импортеров с целью обеспечения безопасности, эффективности и качества лекарственных средств, а также вопросы их рекламирования. Закон о регистрации фармацевтов определяет правила регистрации специалистов данной области. Третий нормативным документ предназначен для контроля за поставкой и доступом к таким веществам, которые являются потенциально опасными, и реализуется с целью оградить общественность от причинения вреда через неправильное обращение или неправильное злоупотребление. Закон определяет механизм контроля, позволяющий гарантировать компетентность специалистов, осуществляющих работу с данными препаратами.

В Сингапуре и Казахстане импорт и оптовая реализация лекарственных средств регулируется законом лекарственных препаратов и подлежат лицензированию. В Сингапуре существует 4 вида лицензии – на продукт, на импорт, на производство и оптовую торговлю, срок действия которых составляет 3 года. *Лицензия на продукт* выдается непосредственно для конкретного лекарственного препарата, без которого не может осуществляться продажа, поставка и его экспорт. *Лицензия на оптовую торговлю* требуется для продажи любого средства путем оптовых сделок. Данный вид лицензии позволяет продавать, покупать и осуществлять экспорт фармацевтической продукции в Сингапуре. *Лицензия на импорт* должна получаться в дополнении на продукт, так как данная лицензия разрешает импорт только внутри страны. Данный вид лицензии выдается не только правообладателя лицензии на продукт, практикуется и выдача документа для поставщиков с письменного разрешения обладателей лицензии на продукт. *Лицензия на производство* выдается в обязательном порядке

всем организациям, занимающихся производством и сборкой лекарственных средств.

Немаловажным для развития политики фармацевтической деятельности является лицензирование деятельности специалистов, осуществляющих фармацевтическую деятельность. В Казахстане законодательно определено, что для государственного регулирования отношений в сфере обращения лекарственных средств необходимо проведение аттестация физических лиц. В Сингапуре аттестация лиц, осуществляющих фармацевтическую деятельность, представляет собой регистрацию на деятельность (Singapore Pharmacy Council). В обоих случаях данный процесс дает право фармацевтам осуществлять свою деятельность в соответствии с законом. Если в Казахстане аттестация представляет собой тестирование и собеседование с комиссией, по итогам которого дается разрешение на дальнейшую деятельность. В Сингапуре механизм получения регистрации несколько длителен и процессуально более сложен [11]. В Казахстане срок действия сертификата о прохождении аттестации составляет 5 лет, а в Сингапуре данный срок составляет всего 2 года.

Создание Формулярной системы лекарственных средств является актуальной проблемой. Лекарственные формуляры являются важнейшим механизмом повышения качества и эффективности лекарственной помощи. Их использование позволяет эффективно планировать и оптимизировать лекарственные закупки, решать вопросы стандартизации фармакотерапевтической помощи и информационного обеспечения медицинского персонала. В Казахстане Национальная формулярная система сформирована по трехуровневой системе: уровень организаций здравоохранения (формулярные комиссии организаций здравоохранения); областной уровень (областные формулярные комиссии, объединяющие ведущих медицинских и фармацевтических специалистов областных и городских управлений здравоохранения); республиканский уровень (формулярная комиссия Министерства здравоохранения). Каждая медицинская организация определяет потребности в лекарственных средствах для лечения заболеваний и составляет лекарственный формуляр на основании реестров больных, анализа заболеваемости в регионе, профиля организации, протоколов диагностики и лечения, наличия данных доказательной медицины и фармакоэкономических исследований. В рамках своей общей стратегии Министерство здравоохранения Сингапура поддерживает стандартный перечень лекарственных средств (SDL), который был создан для обеспечения того, чтобы основные лекарственные средства были доступны государственным учреждениям здравоохранения по доступным ценам.

Процесс закупки лекарственных средств в Казахстане осуществляется через единого дистрибьютора [14,15], который отвечает за выбор поставщиков и заключение с ними договоров поставки, обеспечение заказчиков лекарственными средствами, хранения и их

доставки. Обеспечение лекарственными средствами для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) осуществляется для амбулаторной – поликлинической службы в соответствии с утвержденным перечнем [23], а для стационарной помощи в соответствии с лекарственными формулярами [24]. Лекарственные средства, не входящие в перечень ГОБМП, закупаются самими организациями и предоставляются как платные услуги (в основном на стационарном уровне). К сожалению, в нашей стране существует проблема нерационального планирования и закупа лекарственных средств организациями, зачастую на конец отчетного года в аптечных фондах больниц остается большой запас неиспользованных медикаментов с истекающим сроком годности. Процесс закупа осуществляется на основе сформированной заявки аптеки по потребностям отделений через государственный тендер. Но зачастую, количественный показатель и наименование лекарственных средств определяется по статистическим показателям (прикрепленного населения, койко – мест и т.д.), что не всегда является приемлемым.

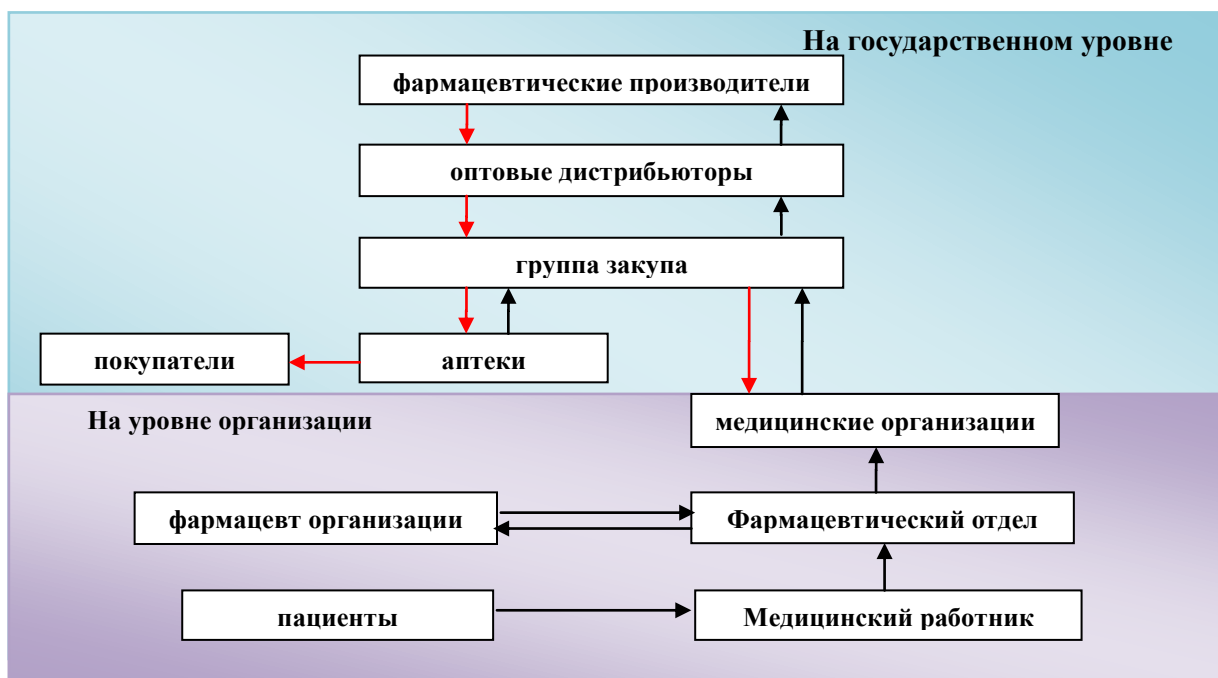
Лекарственное обеспечение в Сингапуре осуществляется на трех уровнях: стационарном, амбулаторном и при выписки пациента. На амбулаторном уровне лекарственное обеспечение осуществляется посредством отпуски лекарств для пациентов, которые возвращают-

ся на амбулаторную консультацию. Планирование и закуп необходимых препаратов осуществляется несколько раз в год, в зависимости от потребности. Объем закупаемых препаратов зависит от среднестатистических показателей заболеваемости в данной организации.

Процесс поставки лекарственных препаратов в больницы Сингапура (стационар) представлены на рисунке 1.

Данный процесс номинально можно разделить на два уровня: государственный и на уровне одной организации. На государственном уровне закуп лекарственных средств для стационара аналогичен закупу на уровне амбулаторного лечения.

Фармацевтические производители осуществляют поставку своей продукции через оптовых дистрибьюторов. Производство лекарственных средств, согласно законодательству Сингапура, могут осуществлять только зарегистрированные в Health Sciences Authority организации. Нормативно определена необходимость получения лицензии на производство, которое выдается в обязательном порядке всем организациям, занимающимся производством и сборкой лекарственных средств. Оптовые дистрибьюторы, с целью выхода на фармацевтический рынок, должны получить лицензии на экспорт и оптовую торговлю, срок действия которых составляет 3 года.



Непосредственно закуп необходимых лекарственных препаратов, медицинского и хирургического назначения и других материалов осуществляется через Sing Health, National Healthcare Group (NHG), Parkway Group и Community pharmacy chains. С целью поддержки процесса оптового закупа данными организациями создана Group Procurement Office (GPO) – группа по управлению закупом. Данная группа осуществляет управление организациями, деятельность которых направлена на закуп препаратов для государственных учреждений здравоохранения и несет ответственность за поиск медицинских и хирургических принадлежностей. Функционально группа обеспечивает

стратегическое планирование и реализацию бесперебойной работы цепочки обеспечения лекарственными средствами (логистика, дистрибуция, управление материальными ресурсами).

Произведенный закуп медицинских препаратов поступает в организации и аптеки, согласно заявкам последних.

На стационарном уровне поставка лекарственных средств заключается следующим образом:

Медицинский персонал (в частности врач) согласно потребностям, возникшим при лечении пациентов оформляет заказ на лекарство, регистрируя их в электронной базе (например, Inpatient Medication Rec-

ords (IMR), Computerized Physician Order Entry (CPOE)). Данная заявка поступает в фармацевтический отдел, который после рассмотрения данного документа фармацевтом поставляет лекарства на основе правил в порядке рассмотрения либо при отсутствии данных препаратов разрабатывает список (лекарственный формуляр). Данный список направляется в группу закупок, которая и осуществляет все номинальные процедуры.

Каждая медицинская организация имеет свой метод для мониторинга списка медикаментов и их использования в организации, как например формирование комиссии. Список (формуляр) проверяется, по меньшей мере, один раз в год, в целях обеспечения безопасности и эффективного информирования по использованию и предотвращению случаев побочных эффектов, а также исключения устаревших медикаментов. В некоторых организациях Сингапура существуют фонды этажей/блоков, в которых доступен определённый объем лекарственных средств на экстренный случай.

Повсеместное внедрение стандартов аккредитации международной объединенной комиссии Joint Commission International позволило медицинским организациям в кратчайшие сроки выстроить качественный процесс лекарственного обеспечения на стационарном уровне.

Лекарственное обеспечение Сингапура представляет собой четко структурированный процесс системы здравоохранения страны, совершенствование которой осуществляется на основе конкретных подходов к данной сфере. Он реализует универсальную систему здравоохранения, способствующую стать региональным центром в области медицинских услуг.

Система лекарственного обеспечения в Казахстане имеет общие структурированные черты системы Сингапура, с аналогичными направлениями регулирования данной системы. Конкретизированность в структуре и функциях, сложность процессуальности системы Сингапура определяет ее преимущества.

Литература:

1. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года
2. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года №193 – IV
3. Послание Президента Республики Казахстан «Социально – экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана», январь, 2012г.
4. Общественный мониторинг системы лекарственного обеспечения в Республике Казахстан, 2011г.
5. Healthcare in Singapore, WHO, 2010г.
6. The Pharmaceutical Industry in Singapore. Focus. K.Anandarajah, T.L. Ying, 2010
7. Фармацевтический рынок Сингапура, 2010. <http://www.globaldata.com/reportstore>
8. Medicines Act of Singapore №176, 2008
9. Points Act of Singapore, 2008
10. Pharmacists Registration Act of Singapore, 2008
11. Постановление Правительства Республики Казахстан № 712 от 14.07.2010 г. Об утверждении

Технического регламента «Требования к безопасности лекарственных средств»

12. Приказ МЗ РК №735 от 18.11.2009 г. «Об утверждении Правил государственной регистрации, перерегистрации и внесения изменений в регистрационное досье лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники»

13. ПП РК №1781 от 7.11.2009 года «Об определении единого дистрибьютора по закупке и обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения»

14. Постановление Правительства РК №1729 от 30.10.2009 года «Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»;

15. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12.12. 2011 г. № 889 «Об утверждении предельных цен на лекарственные средства, закупаемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»

16. Приказ МЗ РК №739 от 18.11.2009 года «Об утверждении Правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»

17. Приказ МЗ РК №679 от 10.11.2009 г. «Об утверждении Правил уничтожения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности и признания их непригодными к реализации и медицинскому применению»

18. Приказ МЗ РК №710 от 16.11.2009г. «Об утверждении Правил ввоза и вывоза лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»

19. Приказ МЗ РК № 647 от 03.11.2009 г. «Об утверждении Правил проведения мониторинга побочных действий лекарственных средств в медицинских и фармацевтических организациях»

20. Государственная программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан»,

21. Health Care System and Public Sector Drug Formulary in Singapore. Shu-Chuen Li. 2011

22. Приказ МЗ РК Об утверждении Правил разработки и согласования лекарственных формуляров организаций здравоохранения №762 от 23.11.2009г.

23. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами»

УДК 614.2+374.33-005.52

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР БАРЬЕРОВ ДОСТУПА МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМ СЕРВИСАМ

¹Н.Е. Глушкова, ²Ж.А. Омаргалиева

Государственный медицинский университет города Семей,¹
Университет «Қайнар», г. Семей²

Тұжырым

МЕДИКО-ЭЛЕУМЕТТІК СЕРВИСКЕ ЖАС АДАМДАРДЫҢ КЕДЕРГІЛЕРДЕН ӨТУГЕ РҰҚСАТ АЛУ ТУРАЛЫ ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ

Н.Е. Глушкова, Ж.А. Омаргалиева

Медикалық-элеуметтік сервиске (МЭС) жас адамдардың кедергіден өтуге рұқсат алу әдебиеттерге шолу жүргізілді, бұл контексте анықтама берілген және бағаның концептуальды кестесінің аясында кедергіден өту классификациясы құрастырылды.

Summary

LITERATURE REVIEW OF ACCESS BARRIERS OF YOUTH TO MEDICAL SOCIAL SERVICES

N.E. Glushkova, Zh.A. Omargaliyeva

Has lead literature review of access barriers of youth to medical social services (MSS), has defined meaning in the context and developed the classification of barriers in form of the Conceptual evaluation scheme.

Введение. В последние годы на территории стран СНГ, при активной поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ получили широкое распространение сервисы дружественные к молодежи [3], тем самым правительства признают значительную роль молодых людей в формировании потенциала государства. ВОЗ отмечает, что именно студенческая молодежь, являясь наиболее представительной группой когорты, нуждается в комплексных мероприятиях по улучшению физического и психического здоровья и созданию социально-бытовых условий для жизнедеятельности [6].

При этом в условиях увеличения спектра и характера, оказываемых медико-социальных услуг, принятия программ поддержки молодежи, в том числе направленных на решение проблем психосоматического и репродуктивного здоровья, предупреждения распространения поведенческих рисков и удовлетворения социальных нужд, в Республике Казахстан отмечается достаточно низкий индекс здоровья молодых людей [2].

Следует отметить, что на территории Восточно-Казахстанского региона, помимо традиционных форм оказания медицинского сопровождения сформирована сеть «Клиник дружественных молодежи», в частности в г. Семей функционирует 2 таких кабинета. Исследования, посвященные состоянию здоровья молодых людей в указанном регионе в официальной медицинской периодике отсутствуют, что в купе с общереспубликанскими показателями, делает актуальным вопрос изучения существующего дисбаланса между достаточно широким спектром возможностей системы здравоохранения и неудовлетворенными медико-социальными потребностями молодых людей.

Целью исследования было проведение литературного обзора с последующей разработкой понятийного аппарата и классификацией выделенных групп барьеров доступа к МСС в модули концептуальной схемы.

Материалы и методы: Для достижения поставленных целей, проведен анализ литературных данных, индексированных в базах данных MEDLINE, Embase, e-library, за последние пять лет (с 2007 по 2012 г.), дано определение понятия «барьер» в исследуемом контексте, классифицированы типы барьеров к МСС.

Результаты и обсуждение: В результате анализа литературных данных выделены следующие понятия: «барьер» – это любой вид издержек – экономических, временных, эмоциональных, которые связаны с получением услуг в какой-либо сфере обслуживания [1]. В контексте доступа к МСС это отсутствие возможности использования услуг медицинских сервисов вследствие географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых факторов [1]. Согласно «Концепции развития дружественных к молодежи медицинских сервисов» ВОЗ, в существующем медицинском сервисе, с основополагающей целью – достижение лучшей эффективности, главными точками обеспечения являются: равенство, доступность и приемлемость [6]. В структуре факторов, влияющих на формирование барьеров у молодых людей к МСС были выделены следующие классы: относящиеся к наличию сервиса, доступности, приемлемости и равенства [5].

В ряде стран медико-социальные сервисы все еще остаются на стадии развития только на уровне политик государства и департаментов здравоохранения. Там где сервисы, ориентированные на молодежь, начинают активно действовать, может нарушаться доступность. Зачастую это платность, отдаленность от места учебы/работы молодого человека, неудобные часы приема, отсутствие информированности молодых людей о предлагаемых сервисах. Медико-социальный сервис может быть неприемлем для молодого человека из-за страха у последнего, что будет нарушена конфиденциальность, что возможно во время ожидания его кто-то узнает. Зачастую основной причиной отказа за обращением в МСС является боязнь, что врач будет ругать, спрашивать сложные вопросы, проявлять отсутствие коммуникативных навыков по отношению к пациенту. Вопрос равенства в доступе к МСС остро встает в случаях градации приема молодых людей из различных культурных групп. В частности сотрудники могут быть вежливы по отношению к пациентам из благополучных семей и наоборот к лицам, живущим или работающим на улице [4,5].

С учетом выделенной информации была смоделирована концептуальная основа для оценки барьеров доступа к МСС молодых людей (Рисунок 1).



Рисунок 1. Схема для оценки барьеров доступа к МСС молодых людей.

Выводы: По результатам исследования сформулировано понятие «барьер доступа к медико-социальным сервисам», классифицированы типы барьеров. На основании проведенного анализа смоделирована концептуальная схема оценки барьеров доступа к МСС молодых людей. Данная основа позволит разработать инструмент оценки в данной области медико-социальных услуг для проведения успешного мониторинга с последующей разработкой эффективных профилактических программ и мероприятий.

Литература:

1. Клименко, Г.Я. К вопросу об оценке доступности медицинской помощи населению, прикрепленному к ведомственной поликлинике / Г.Я. Клименко, О.С. Саурин, М.В. Анисимов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.- 2011. - №10. - С.147-153.;

2. Кошкимбаева, Г.Д. Опыт работы молодежного центра в информировании молодежи по вопросам репродуктивного здоровья / Г.Д. Кошкимбаева, Е.А. Зиминова, Е.Н. Сырцова, М.К. Бакашева // Репродуктивная медицина. – 2011. - № 3-4. – С. 10-11.;

3. Кропотин, П.Н. Клиники дружественные к молодежи / П.Н. Кропотин, А.М.Куликов, Т.М. Кожуховская.-М. СПб МАПО, 2006.- 55 с.;

4. Маркарян, А.Г. Некоторые аспекты психологического состояния будущих врачей / А.Г. Маркарян // Медицинская наука Армении НАН РА. – 2009. - №3.- С.138-143.;

5. Andre Tylee. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? / Andre Tylee, Dagmar M Haller et al. // The Lancet. – 2007. №7.C.1-9.;

6. Peter McIntyre Adolescent Friendly Health Services / P.McIntyre.- G.:WHO, 2002.- 48 с.

УДК 378.147

К ПРОБЛЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Ж. Кожаниязова, М. Матиева

г.Талдыкорган, г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье рассматривается проблема организации самостоятельной работы студентов. Ориентация на СРС при хорошо организованном и научно обоснованном методическом обеспечении повышает качественные показатели образовательного процесса, дает совершенно новые возможности.

Summary

THE PROBLEM OF SELF-STUDY OF STUDENTS

Zh. Kozhaniyazova, M. Matiyeva

The article deals with the problem of self-study of students. Focus on self-study of students in a well organized and scientifically proved methodological maintenance increases quality indicators of educational process, provides absolutely new possibilities.

Тұжырым
СТУДЕНТТЕРДІҢ ӨЗІНДІК ЖҰМЫСЫ ТУРАЛЫ
Ж. Кожаниязова, М. Матиева

Студенттердің өзіндік жұмысына бағыттау жақсы ұйымдастырылған және ғылыми әдістемелік қамтамасыз етуде білім беретін процесстің сапа көрсеткіштерін жоғарылатады, жаңа мүмкіндіктерді береді.

В условиях современной образовательной ситуации (диверсификация высшего образования, введение образовательных стандартов, внедрение системы педагогического мониторинга и т.д.), планирование, организационные формы и методы, система отслеживания результатов самостоятельной работы студентов (СРС) являются важными проблемами в вузовском образовании и одной из наименее исследованных проблем педагогической теории.

Исследования ученых (Л.Г. Вяткин, М.Г. Гарунов, Б.П. Есипов, В.А. Козаков, И.Я. Лернер, М.И. Махмутов, Н.А. Половникова, П.И. Пидкасистый и др.) посвящены планированию и организации самостоятельной работы студентов, где рассматриваются общедидактические, психологические, организационно-деятельностные, методические, логические и другие аспекты этой деятельности. Однако, особого внимания требуют вопросы мотивационного, процессуального, технологического обеспечения самостоятельной аудиторной и внеаудиторной познавательной деятельности студентов.

Ориентация на СРС при хорошо организованном и научно обоснованном методическом обеспечении повышает качественные показатели образовательного процесса, дает совершенно новые возможности. [2]

Под самостоятельной работой мы понимаем самостоятельную деятельность студентов, как в учебной аудитории, так и вне её, с преподавателем или в его отсутствие. [1] Нам известны такие виды СРС как:

- индивидуальное занятие;
- занятие, дублирующее лекцию;
- консультация;
- презентации;
- защита работ,
- следующие письменные работы в виде : эссе, рецензии, доклада, отчетов, статей, реферата, исследований, обзора, записи в дневниках, синквейн (стихотворение из пяти строк, которое пишется по определенным правилам. Составление его требует от студента в кратких выражениях резюмировать учебный материал, информацию.)

При изучении любой дисциплины организация СРС должна представлять единство трех взаимосвязанных форм:

1. *Внеаудиторная* самостоятельная работа;
2. *Аудиторная* самостоятельная работа, которая осуществляется под непосредственным руководством преподавателя;
3. *Творческая*, в том числе научно-исследовательская работа.

Отмечают три уровня самостоятельной работы студентов: тренировочные, реконструктивные самостоятельные работы и творческая самостоятельная работа.

Тренировочные СРС выполняются в виде выполнения упражнений, решения заданий, заполнения таблиц, схем и т.д. Целью познавательной деятельности студента (узнавание, осмысление, запоминание) является закрепление знаний, формирование умений, навыков.

В ходе *реконструктивной* самостоятельной работы (написание реферата) происходит перестройка решений, составление плана, тезисов, аннотирование.

Творческая самостоятельная работа требует анализа проблемной ситуации, получения новой информации. Студент должен самостоятельно произвести выбор средств и методов решения (учебно-исследовательские задания, курсовые и дипломные проекты). Примером учебной исследовательской работы могут служить разного рода проекты, выполнение маркетингового исследования, статистического исследования. Анализ проблемной ситуации можно провести с использованием кейс-метода.

Как мы заметили, для успешного выполнения СРС необходимо создать соответствующие условия. Это мотивированность учебного задания; четкая постановка познавательных задач; алгоритм, метод выполнения работы; критерий оценки, отчетности; виды и формы контроля. Активная СРС возможна только при наличии серьезной и устойчивой мотивации.

Самым сильным мотивирующим фактором является подготовка к дальнейшей эффективной профессиональной деятельности. Однако, не всегда студенты проявляют активность и заинтересованность в выполнении самостоятельной работы. И это сказывается на качестве ее выполнения, и в целом на качестве знаний обучающихся.

Для активизации СРС используются различные приемы. Это обучение студентов методам СР: временные ориентиры выполнения СРС для выработки навыков планирования бюджета времени, сообщение рефлексивных знаний, необходимых для самоанализа и самооценки, а также, убедительная демонстрация необходимости овладения предлагаемым учебным материалом для предстоящей учебной и профессиональной деятельности во вводных лекциях, методических указаниях и учебных пособиях.

Применение методов активного обучения (анализ конкретных ситуаций, дискуссии, групповая и парная работа, коллективное обсуждение трудных вопросов, деловые игры), также способствует активизации СРС.

Необходимо разработать и ознакомить студентов со структурно-логической схемой дисциплины, выдать студентам младших курсов методуказания, содержащие подробный алгоритм, постепенно уменьшая разъяснительную часть от курса к курсу, с целью приучить студентов к большей самостоятельности, выдавать контрольные вопросы лекционному потоку после каждой лекции, разработать задания, предполагающие нестандартные решения.

Приемами активизации СРС может служить также индивидуализация домашних заданий и лабораторных работ, а при групповой работе – четкое ее распределение между членами группы; присвоение статуса «студентов-консультантов» наиболее продвинутым и способным студентам, оказывая им всяческую помощь; рейтинговый метод контроля самостоятельной работы студентов; проведение форм лекционных занятий типа лекции-беседы, лекции-дискуссии, где докладчиками и содокладчиками выступают сами студенты, а преподаватель выполняет роль ведущего

Следует отметить, что успешное выполнение СРС возможно в случае планирования и контроля со стороны преподавателя. Аудиторная СРС выполняется на лекциях, практических и семинарских занятиях. Следовательно, преподаватель должен заранее выстроить систему самостоятельной работы, учитывая все ее формы, цели, отбирая учебную и научную информацию и средства (методических) коммуникаций, продумывая роль студента в этом процессе и свое участие в нем.

Все типы заданий, выполняемых студентами, в том числе в процессе самостоятельной работы, так или иначе, содержат установку на приобретение и закрепление знаний, а также на формирование в рамках этих знаний некоторых навыков мыслительных операций - умения оценивать, анализировать, сравнивать, комментировать и т.д. Некоторые задания требуют пояснения: Прокомментировать высказывание. Сравнить. Обосновать один из нескольких предложенных вариантов ответа. Аргументировать. Провести анализ.

Тезисно изложить идею, концепцию, теорию. Дать характеристику, охарактеризовать явления. Изобразить схематически - раскрыть содержание ответа в виде таблицы, рисунка, диаграммы и других графических форм.

Разработка комплекса методического обеспечения учебного процесса является важнейшим условием эффективности самостоятельной работы студентов. К такому комплексу следует отнести тексты лекций, учебные и методические пособия, лабораторные практикумы, банки заданий и задач, сформулированных на основе реальных данных, банк расчетных, моделирующих, тренажерных программ и программ для самоконтроля, автоматизированные обучающие и контролируемые системы, информационные базы дисциплины или группы родственных дисциплин и другое. Это позволит организовать проблемное обучение, в котором студент является равноправным участником учебного процесса.

В последние годы наряду с традиционными формами контроля - коллоквиумами, зачетами, экзамена-

ми известны новые методы, то есть организация СРС производится на основе современных образовательных технологий. В качестве такой технологии в современной практике высшего профессионального образования часто рассматривается рейтинговая система обучения, позволяющая студенту и преподавателю выступать в виде субъектов образовательной деятельности, т.е. являться партнерами.

В заключение отметим, что главное в стратегической линии организации самостоятельной работы студентов в вузе заключается в создании условий высокой активности, самостоятельности и ответственности студентов в аудитории и вне ее в ходе всех видов учебной деятельности. Конкретные пути и формы организации самостоятельной работы студентов с учетом курса обучения, уровня подготовки обучающихся и других факторов определяются в процессе творческой деятельности преподавателя.

Литература:

1. Локота О.В., Давтян М.Г. Самостоятельная работа студентов. Ростов н/Д.: Изд-во СКАГС, 2010.
2. [Ивановский Гос.Хим.-Технол. Университет](http://www.isuct.ru/umo/orgproc10.html). Рекомендации по организации самостоятельной работы студентов [электронный ресурс]: www.isuct.ru/umo/orgproc10.html.
3. Глушакова О.С. Эффективность использования словаря по иностранному языку в сфере профессиональной коммуникации с визуальной опорой в качестве материала для организации СРС студента. // Молодой ученый. — 2011. — №2. Т.1. — С. 190-193.
4. Локота О.В., Давтян М.Г. Самостоятельная работа студентов: Методические рекомендации. Ростов н/Д.: Изд-во СКАГС, 2010.
5. Юшко Г.Н. Научно-дидактические основы организации самостоятельной работы студентов в условиях рейтинговой системы обучения: Автореф. дисс... канд. пед. наук: 13.00.08 - теория и методика профессионального образования / Рост. гос. ун-т. - Ростов-н/Д, 2001. - 23 с.

УДК 616.1+612.014.482-07-084

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ, ПОДВЕРГАВШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИОННОГО ФАКТОРА, НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ ГЕННОГО ПОЛИМОРФИЗМА

Т.К. Рахыпбеков, Т.А. Адылханов, А.К. Мусаханова, Н.Е. Аукунов,
Л.М. Пивина, Т.И. Белыхина, А.С. Керимкулова

Государственный медицинский университет города Семей,
НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей

Резюме

В статье представлены принципы донозологической диагностики социально значимых болезней системы кровообращения на основе определения полиморфизма генов-кандидатов, определяющих уровень артериального давления, обмен гомоцистеина и метаболизм липидов. Исследование позволило установить высокую корреляционную связь гетерозиготных нарушений в отношении гена-кандидата AGT, предполагающую высокую степень наследования сосудистой патологии экспонированных радиацией родителей их потомками. Результаты исследований свидетельствуют о необходимости совершенствования системы длительного мониторинга, включая скрининг и лечение, с целью первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений среди лиц, являющихся потомками подвергшегося радиационному воздействию населения.

Тұжырым

ГЕНДІК ПОЛИМОРФИЗМДІ ЗЕРТТЕУ НЕГІЗІНДЕ РАДИАЦИЯЛЫҚ ФАКТОРДЫҢ ӘСЕРІНЕ ТҮСКЕН ҚАН АЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІНДЕГІ НОЗОЛОГИЯҒА ДЕЙІНГІ АУРУЛАРДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Бұл бөлімде қан айналым жүйесіндегі аурулардың әлеуметтік маңызы бар ген – кандидаттардың полиморфизмін анықтау, артериалды қысымды анықтау, гомоцистеин және липидтер метаболизмін анықтау кезіндегі нозологияға дейінгі принциптері көрсетілген. Зерттеу AGT ген – кандидатқа деген қатынаста гетерозиготалық қателіктердің жоғарғы корреляциондық байланысын көрсетті, ол ата-аналарының тамыр патологияларының радиациямен жоғарғы деңгейде экспонирленгенін білдіреді. Зерттеу нәтижесі радиациялық өзгерістерге тап болған халықтың ұрпақтарына біріншілік және екіншілік профилактика көрсету, әлі де болса ұзақ мониторинг жүргізу, скрининг және емдеу салаларын ұлғайту керек екендігін көрсетті.

Summary

PRENOLOGICAL DIAGNOSIS AND PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PEOPLE EXPOSED TO RADIATION, BASED ON THE STUDY OF GENE POLYMORPHISM

The paper presents the principles of prenosological diagnosis for socially significant cardiovascular diseases by identifying of polymorphisms in the candidate genes that determine blood pressure levels, metabolism of homocysteine and lipids. The study allowed establish a high correlation between heterozygous violations of the candidate gene AGT, which implies a high degree of inheritance of vascular pathology of radiation-exposed parents to their offspring. The research results indicate the necessary for improving of long-term monitoring, including screening and treatment for primary and secondary prevention of cardiovascular events among persons who are descendants of population exposed to radiation.

На протяжении последних десятилетий концентрация вредных факторов в окружающей среде непрерывно увеличивается, что является одной из причин ухудшения здоровья людей. К таким факторам относится ионизирующая радиация, которая воздействует на человека не только вследствие ее применения в медицине и промышленности, но и из-за испытаний ядерного оружия. Одним из наиболее информативных интегральных показателей влияния окружающей среды на здоровье человека, является состояние здоровья потомства экспонированных лиц. Накопление «мутагенного груза» и снижение индивидуальной гетерозиготности приводят к ограничению способности организма отвечать адаптационными и компенсаторными реакциями защиты на внешние воздействия, приводя к развитию мультифакториальных заболеваний, к которым относятся такие хорошо изученные социально значимые заболевания, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония и сахарный диабет [1]. Исследование молекулярно-генетических основ многофакторных заболеваний относится к одной из наиболее серьезных задач современной генетики.

В отличие от менделевских заболеваний, для развития которых достаточно наличия мутантного гена в гетерозиготном или гомозиготном состоянии, для большинства многофакторных заболеваний более подходят понятия генетической предрасположенности и факторов

риска, причем генетическая предрасположенность для этих заболеваний неоднородна. В развитии болезней системы кровообращения необходимы сложные отношения между генотипом и фенотипом, заключающиеся в том, что аллельные вариации генов взаимодействуют с факторами окружающей среды, что обуславливает исход заболевания. Одним из определяющих факторов риска при этом является семейный анамнез. Данные эпидемиологических исследований показывают, что липиды играют ключевую роль в патогенезе ИБС. К известным липидным факторам риска относятся: высокий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности, низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности, высокий уровень апоВ (основной белковой фракции липопротеидов низкой плотности). Среди факторов риска, которые не связаны с липидами, выделяют высокий уровень гомоцистеина, низкую активность параоксоназы и, возможно, повышение уровня фибриногена плазмы. Кроме того, гипертония, диабет и ожирение (которые сами по себе имеют генетические детерминанты) являются важными факторами риска развития ИБС. Среди экологических факторов риска являются: высокое диетическое потребление жиров, курение, стрессы, гиподинамия и т.д. Около 60% изменчивости холестерина в плазме крови имеет генетическое происхождение. Изменчивость уровня холестерина

среди людей в большинстве семей находится под влиянием аллельных вариаций во многих генах (полиморфизм), а также под воздействием окружающей среды [2].

Изучение влияния генных полиморфизмов на уровень хромосомных повреждений в когортах лиц, подвергающихся хроническому воздействию ионизирующего излучения, может увеличить чувствительность генетических показателей как биомаркеров генотоксического воздействия, а также помочь в идентификации групп риска.

Одним из наиболее перспективных направлений современной молекулярной генетики заболеваний является поиск полиморфных маркеров в генах-кандидатах и выявление их ассоциации с наследственными заболеваниями [3].

Целью нашего исследования явилось проведение клинико-генетического мониторинга среди потомков лиц, подвергшихся облучению вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, в целях определения групп риска развития сосудистой патологии, их ранней диагностики и разработки профилактической программы.

Материалы и методы.

Нами было проведено скрининговое обследование населения Бескарагайского района Восточно-Казахстанской области, чьи родители проживали в период наземных и атмосферных ядерных испытаний в населенных пунктах с максимальными дозами облучения (от 150 до 980 мЗв). Всего в исследование были включены 35 лиц, родители которых страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями: ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда и артериальной гипертензией.

Для выявления мутаций (полиморфизмов) в геноме исследуемых лиц было проведено ПЦР-исследование. Анализу подвергалась геномная ДНК человека, выделенная из лейкоцитов цельной крови с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь». С образцом выделенной ДНК параллельно проводились две реакции амплификации - с двумя парами аллель-специфичных праймеров.

Для каждого члена семьи больного ИБС, включая его родителей, братьев, сестер и детей, создана индивидуальная карта риска развития БСК на основе определения генов-кандидатов развития, а также в соответствии со шкалой SCORE. Проведена оценка показателей липидного обмена (холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицериды, гомоцистеин), оценка вклада наследственных факторов риска в развитии заболевания.

Результаты и обсуждение.

С помощью ПЦР – метода нами изучены ассоциации полиморфных маркеров ряда генов-кандидатов, отвечающих за регуляцию артериального давления (AGT), метаболизм липидов (PON 1), обмен гомоцистеина (MTHFR).

Ангиотензиноген (AGT) производится печенью и служит предшественником ангиотензина-II, обладающего вазопрессорной активностью. Различные генетические варианты ангиотензиногена обуславливают различную физиологическую активность ангиотензина-II. Полиморфизмы T174M и M235T гена AGT являются маркерами гипертензии и инфаркта миокарда.

Фермент параксоназа (PON1) гидролизует широкий диапазон токсических органических фосфористых метаболитов, включая эфиры ароматических кислот. Белок, вероятно, участвует в защите частиц липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) от окисления. Этот класс липопротеинов является одним из основных переносчиков холестерина в крови. Мутация в гене PON1(-Gln192Arg) приводит к его низкой продуктивности (экспрессии) и

используются как маркер риска сердечно-сосудистых и атеросклеротических заболеваний. Известно, что липопротеины высокой плотности (ЛПВП) защищают ЛПНП от окисления. PON1 ассоциирован с ЛПВП и, предположительно, влияет на взаимодействие ЛПВП и ЛПНП. Следовательно, с изменением активности PON1 изменяется риск атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. Гомозиготный вариант приводит к повышению в 2 раза риска сердечно-сосудистых заболеваний, увеличивает риск развития коронарной болезни артерий, ишемического инсульта.

MTHFR является ключевым ферментом метаболизма фолиевой кислоты переводит фолиевую кислоту в ее активную форму 5-метилтетрагидрофолат, который необходим для образования метеонина из гомоцистеина. Миссенс-мутация C677T гена приводит к снижению активности фермента и накоплению гомоцистеина. У гомозигот по полиморфному аллелю активность фермента *in vitro* снижена на 70%, а у гетерозигот – на 35%.

Для оценки роли наследственных факторов в развитии многофакторного заболевания был использован анализ сцепления. Анализ сцепления основан на определении вероятности совместного наследования фенотипического признака (заболевания) и исследуемого маркера в семье. При этом исследуют совместную сегрегацию генов при передаче от родителей к потомкам в ряде поколений. Данный подход заключается в оценке того, насколько чаще по сравнению со случайной сегрегацией пара «больной родственник» наследует один и тот же аллель. Анализ сцепления может проводиться с исследованием как ядерных (оба sibсa больны), так и простых (один sibсa болен, а один здоров) семей.

Полученные нами результаты представляли разнонаправленную картину возможной связи полиморфизма изучаемых нами генов – кандидатов по принципу «родитель-ребенок». Так, при индикации гена - кандидата PON1 только в 5 случаях из 71 было зарегистрировано их гетерозиготная принадлежность, что составило довольно низкое ее соотношение с нормозиготным - 0,07 ($p < 0,1$). Этот результат мог быть расценен как случайный, не влияющий на возможное наследование патологии системы кровообращения. Близкие к вышеуказанным результаты получены по гену – кандидату MTHFR. Что касается результатов индикации гена-кандидата AGT, то нами установлена высокая корреляционная связь гетерозиготных нарушений, предполагающие высокую степень наследования сосудистой патологии экспонированных радиацией родителей их потомками. При этом из 71 случая в 13 зарегистрирована гетерозиготная принадлежность гена – кандидата с коэффициентом 0,18 ($p < 0,01$).

Таким образом, исследование позволило установить высокую корреляционную связь гетерозиготных нарушений в отношении гена-кандидата AGT, предполагающую высокую степень наследования сосудистой патологии экспонированных радиацией родителей их потомками.

Установление ассоциации гена с заболеванием и последующая оценка индивидуального генетического риска имеют важное значение для разработки дифференцированного подхода к профилактике и лечению данной патологии и ее осложнений в зависимости от наследственной предрасположенности конкретного пациента.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что опосредованное через родителей воздействие ионизирующего излучения способно потенцировать агрессивность традиционных факторов риска БСК и определяет

прогноз заболевания, предполагая высокий риск развития осложнений.

Представленные данные полностью согласуются с результатами подобного исследования, проведенного в когорте лиц, перенесших онкологические заболевания в детском возрасте, по поводу которых они получали радиотерапию. Была установлена высокая распространенность факторов риска преждевременных коронарных осложнений, увеличение показателей заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения, а также ожирения в исследуемой группе.

Результаты исследований свидетельствуют о необходимости совершенствования системы длительного мониторинга, включая скрининг и лечение с целью первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений среди лиц, являющихся потомками подвергшегося радиационному воздействию населения. Необходимы дальнейшие исследования для выяснения эпидемиологии и факторов риска преждевременного развития ИБС среди изучаемых контингентов, а также

определения генов-кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература:

1. Grosche B., Lackland D.T., Land C.E., Simon S.L., Apsalikov K.N., Pivina L.M., Bauer S., Gusev B.I. Mortality from cardiovascular diseases in the Semipalatinsk historical cohort, 1960-1999, and its relationship to radiation exposure //Radiat Res.- 2011.-№176(5).- P. 660-9.

2. Sankaranarayanan K, Chakraborty R, Boerwinkle EA. Ionizing radiation and genetic risks. VI. Chronic multifactorial diseases: a review of epidemiological and genetical aspects of coronary heart disease, essential hypertension and diabetes mellitus //Mutat Res. – 2009.- №436(1).- P. 21-57

3. Sethi A.A., Nordestgaard B.G., Gronholdt M.L., et al. Angiotensinogen single nucleotide polymorphisms, elevated blood pressure, and risk of cardiovascular disease //Hypertension. 2003 Jun;41(6):1202-11. Epub 2003 May 12.

УДК 616.1+612.014.482-084

ВЛИЯНИЕ РАДИАЦИОННЫХ И НЕРАДИАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Т.А. Адылханов, Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова, Т.И. Белихина, А.К. Мусаханова, Г.М. Шалгумбаева

*Государственный медицинский университет г. Семей,
НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей*

Резюме

В статье представлен литературный обзор по проблеме изучения радиационных и нерадиационных факторов риска болезней системы кровообращения. Проведен анализ информации из баз данных по доказательной медицине по профилактическим и реабилитационным мероприятиям, включающим длительный и постоянный мониторинг путем проведения скрининговых обследований на местах.

Summary

EFFECT OF RADIATION AND NON-RADIATION RISK FACTORS ON THE FORMATION OF CARDIOVASCULAR DISEASES AND METHODS FOR THEIR PREVENTION ACCORDING TO PRINCIPLES OF EVIDENCE BASE MEDICINE

T.A. Adylkhanov, L.M. Pivina, A.S. Kerimkulova, T.I. Belihina, A.K. Musakhanova, G.M. Shalgumbayeva

The article presents a literature review about the problem of study of radiation and non-radiation risk factors for cardiovascular diseases development. We have performed the analysis of information from databases on evidence-based medicine about prevention and rehabilitation measures including long term and continuous monitoring using screening methods in the local population.

Тұжырым

ҚАН АЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІНЕ РАДИАЦИЯЛЫҚ ЖӘНЕ РАДИАЦИЯЛЫҚ ЕМЕС ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ДӘЛЕЛДЕМЕЛІ МЕДИЦИНА ТҰРҒЫСЫНАН ПРОФИЛАКТИКА ӘДІСТЕРІ

Т.А. Адылханов, Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова, Т.И. Белихина, А.К. Мусаханова, Г.М. Шалгумбаева

Бұл бөлімде қан айналым жүйесінің ауруларының радиациялық және радиациялық емес факторларын зерттеу барысында пайда болған сұрақтар бойынша керекті әдебиеттер көрсетілген. Дәлелдемелі медицинаның ақпараттық базасынан профилактикалық және реабилитациондық жұмыстар бойынша талдау жүргізілген, және ол тұрғылықта скринингті зерттеу өткізу жолыменұзақ және қалыпты мониторинг ие болған.

В последние десятилетия заболевания системы кровообращения заняли устойчивую лидирующую позицию в структуре смертности населения большинства развитых стран. В Казахстане эта проблема также приобрела социальный характер. Оценка клинико-эпидемиологических особенностей развития и течения сердечно-сосудистых заболеваний, определение ведущих факторов риска их развития позволяют разработать системы эффективных профилактических и реабилитационных мероприятий.

В Европе от заболеваний сердечно-сосудистых заболеваний ежегодно умирает приблизительно 3 млн. чел., в России – более 1 млн. В 2008 году по данным НИИ кардиологии и внутренних болезней РК, показатель смертности от болезней системы кровообращения в стране составил 535 случаев на 100 тысяч человек населения. Это наиболее высокий уровень среди стран СНГ. В республике зарегистрировано почти два миллиона человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, что составляет 12 процентов экономически

активного населения страны [1]. В то же время показатель смертности мужского населения республики от сердечно-сосудистых заболеваний и диабета (на 100000 населения), зависимость от питания, за 2008 год, составил 859 на 100000 населения, при этом в России этот показатель был существенно ниже – 772 на 10⁵, в США – 190, а в Японии – 118 на 10⁵ [2, 3].

Артериальная гипертония является одним из наиболее распространенных заболеваний. Так, в России показатель распространенности артериальной гипертонии составляет 381 на 1000 населения. Наличие заболевания увеличивает смертность от ишемической болезни сердца в 3 раза, инсульта - в 6 раз. Несколько проспективных исследований показали, что своевременный диагноз артериальной гипертонии и своевременная коррекция значительно снижают риск развития и неблагоприятных исходов от осложнений артериальной гипертонии. При этом организация профилактической программ на амбулаторном этапе представляется чрезвычайно важным фактором [4]. В Казахстане рост первичной заболеваемости произошел в основном за счет новых случаев артериальной гипертонии (с 405 до 698 на 100 тыс. населения - более чем в 1,5 раза) и коронарной болезни сердца (с 322 до 470 на 100 тыс. населения). Отмечалась тенденция увеличения показателей заболеваемости острым инфарктом миокарда (с 58 до 63 на 100 тыс. населения) [5].

Рост заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно среди трудоспособного контингента, в том числе молодого (до 40 лет) возраста, его инвалидизация приводит к дефициту трудовых ресурсов и снижению рождаемости в ряде регионов, что может явиться одним из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране. Общество несет значительные людские потери и экономический ущерб. Обращает на себя внимание повышение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди детей и подростков.

При исследовании распространенности факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний среди казахского населения (611 испытуемых в возрасте 25-65 лет) установлено, что средний возраст респондентов составил 43,2 лет, 49,8% имели мужской пол. В качестве важнейших факторов риска рассматривались курение, избыточный вес (индекс массы тела > или = 25,0), артериальная гипертония (систолическое АД > или = 140 мм рт.ст. и диастолическое давление > 90 мм рт.ст.), а также употребление алкоголя. Риск избыточного веса было самым большим среди населения в возрасте 45-54 лет, OR = 5,3. Избыточный вес населения в значительной степени был связан с более высоким доходом. Только 25% опрошенных были осведомлены о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний. Употребление алкоголя было обратно пропорционально уровню знаний о сердечно-сосудистых ФР (OR = 0,7). Таким образом, можно сделать вывод о высоком уровне факторов риска среди казахского населения при весьма низком уровне знаний о их значимости. Повышение уровня знаний о сердечно-сосудистых ФР путем информированности населения способно уменьшить заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и обеспечить лучшее качество жизни населения Казахстана [6].

Помимо вышеперечисленных и других широко известных факторов риска (гиперлипидемия, артериальная гипертония, курение, малоподвижный образ жизни, ожирение, сахарный диабет), которые являются всеми признанными и давно доказанными, существует группа техногенных факторов, влияние которых в современных

условиях все более возрастает, однако их вклад в генез изучаемой группы заболеваний не вполне ясен и требует детальных исследований. Одним из таких факторов является ионизирующее излучение, при этом, учитывая совершенствование технологических процессов производства использования атомной энергии, факт проживания огромных по численности контингентов на загрязненных вследствие радиационных аварий и испытаний ядерного оружия радионуклидами территориях особый интерес представляет оценка длительного воздействия ионизирующих излучений в диапазоне так называемых "малых доз".

В последние десятилетия усилия ученых-радиобиологов разных стран направлены на изучение вклада ионизирующих излучений (ИИ) в патогенез сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку именно они устойчиво лидируют среди причин смерти населения промышленно-развитых стран. Проведенные в последние годы исследования состояния здоровья лиц, подвергшихся воздействию ИИ в различных дозах, не привело к окончательному ответу на вопрос о дозовых нагрузках, индуцирующих развитие или усугубляющих патологические процессы в сердце и сосудах. Разброс указываемого разными исследователями "дозового порога" простирается от десятков долей сантигрей до высоких доз, используемых при лучевой терапии на области средостения (в среднем 20-60 Гр). Большую ценность в пополнении этих знаний имеют ретроспективные наблюдения за популяциями лиц, подвергшихся воздействию ИИ за длительный период времени [7].

Так, длительный мониторинг лиц Семипалатинского региона, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения вследствие 40 летних испытаний ядерного оружия, свидетельствует о росте показателей распространенности болезней системы кровообращения. Результаты исторического когортного исследования, включившего 19545 жителей экспонированных радиацией и контрольных сел Семипалатинской области, продемонстрировали высокие относительные риски для экспонированной когорты в сравнении с контрольной в отношении болезней системы кровообращения (БСК). Эффективные эквивалентные дозы облучения для членов когорты находились в диапазоне от 150 до 630 мЗв. Для всех случаев смерти от БСК относительный риск в экспонированной когорте составил 2,13 в сравнении с контрольной группой. Соответствующие показатели для болезней сердца и инсультов составили 2,08 и 2,19. Радиационные риски смертности от БСК через 10-19 лет от начала облучения составляли 1,04 (мужчины – 0,98; женщины – 1,02), через 20-29 лет – 1,45 (1,55; 1,58 соответственно), через 30-39 лет – 1,65 (1,68; 1,58 соответственно). Двукратное увеличение радиационных рисков смертности от БСК зарегистрировано среди мужчин и женщин через 40 и более лет от начала облучения – 3,15 (3,41; 2,9) [8].

При изучении факторов риска формирования сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Восточно-Казахстанской области было установлено модифицирующее влияние величины дозы облучения (> 250 мЗв), возраста и времени пребывания под риском на формирование избытков болезней системы кровообращения. Среди мужчин в возрасте 30-59 лет вклад этих факторов риска в увеличение АГ и ИБС составил 9,6%; возраста и времени пребывания под риском – 12,9%; среди женщин – 7,9%; 10,8% соответственно. Среди экспонированных мужчин установлена корреляционная связь артериальной гипертонии с такими нерадиационными факторами риска, как гипергомоцистеинемия; стресс; ожирение; отягощенная наслед-

ственность. Среди экспонированных женщин взаимосвязь между дискретными качественными признаками при развитии АГ была обнаружена с гипергомоцистеинемией; с повышенным содержанием холестерина; с ожирением; с отягощенной наследственностью [9].

В последние два десятилетия более чем в двух десятках экономически развитых стран достигнуты успехи по сокращению смертности от основных сердечно-сосудистых заболеваний, которые произошли благодаря успешному внедрению профилактических программ, направленных на выявление и коррекцию основных "коронарных" факторов риска [10-13]. Использование эффективного комплексного лечения больных с артериальной гипертензией (антигипертензивные, антиромбоцитарные и гиполипидемические (статины), лекарственные препараты) способны уменьшить развития ишемического инсульта на 80% [14].

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной заболеваемости и смертности в развитых странах за последние несколько десятилетий, и рост показателей их распространенности представляют эпидемию. Атероматозные изменения сосудов приводят к развитию ишемической болезни сердца (ИБС), цереброваскулярных заболеваний и заболевания периферических сосудов с последующим развитием сердечной недостаточности и нарушений ритма сердца. Основными факторами риска развития этих заболеваний на протяжении многих лет были признаны высокий уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), курение, гипертония, диабет, абдоминальное ожирение, психосоциальные факторы, недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточное потребление алкоголя, а также отсутствие регулярной физической активности. Исследование INTERHEART было проведено с целью более детального определения риска болезней системы кровообращения в отношении генетических факторов, липидных комплексов и маркеров воспаления, но результаты исследования подтвердили, что обычные факторы риска обуславливают развития 90% случаев инфаркта миокарда [15]. Существует множество доказательств того, что медикаментозное лечение обычных факторов риска является эффективным в снижении сердечно-сосудистых событий. Многие крупные клинические испытания с использованием HMG CoA редуктазы (статинов) показали, что снижение холестерина ЛПНП при этом ведет к уменьшению риска коронарных и цереброваскулярных осложнений [16, 17]. Кроме того, значительное влияние в плане снижения риска осложнений БСК имеет эффективное лечение артериальной гипертензии различными классами антигипертензивных препаратов [18]. Помимо минимизации факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний фармакологическими препаратами и использование антиромботических препаратов, в последнее время уделяется внимание изучению роли факторов питания и лекарственных трав в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и возможности их использования в лечении. При этом интерес вызывает возможность использования витаминов-антиоксидантов и растительных антиоксидантных препаратов [19].

Оценка стратегии, направленной на улучшение выявления и лечения артериальной гипертензии среди казахстанских пациентов, проведенная совместными усилиями НИИ кардиологии и внутренних болезней, Казахской ассоциацией семейных врачей, АГИУВ и USAID ЗдравПлюс в Центральной Азии, показала, что эффективное консультирование пациентов, информирование о факторах риска гипертонии, скрининг артериального давления, снижение потребления соли, увели-

чение регулярных физических упражнений, мониторинг приверженности пациентов к постоянному соответствующему лечению, способны значительно снизить уровень артериального давления у пациентов и риск осложнений гипертонии. Пилотное исследование показало увеличение доли больных с АД < 140/90 мм рт.ст., а также значительное снижение доли пациентов с АД > или = 160/100 мм рт. в результате подобного профилактического вмешательства [20].

Кроме этого, по данным японских ученых соблюдение диеты с одновременным приемом низких доз прастатина у всех лиц в возрасте от 40 лет и старше приводит к длительному снижению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, независимо от воздействующих факторов риска [21].

Таким образом, обзор литературных данных по изучаемой проблеме свидетельствует о высокой социальной значимости и актуальности изучения радиационных и традиционных факторов риска развития болезней системы кровообращения и их профилактики среди жителей экологически неблагоприятных территорий Восточно-Казахстанской области.

С целью выявления среди экспонированного населения с высоким риском реализации постлучевых эффектов сердечно-сосудистых заболеваний на доклинической стадии и своевременной адекватной коррекции регистрируемых нарушений необходимо проведение регулярных скрининговых исследований на местах с последующими реабилитационными и профилактическими мероприятиями. Это позволит снизить показатели заболеваемости, инвалидизации и смертности от болезней системы кровообращения, уменьшить затраты на лечение манифестных форм заболеваний и реабилитацию их осложнений.

Литература:

1. Регионы Казахстана (статистические материалы). Агентство Республики Казахстан по статистике.- 2011.
2. Шарманов Т. Современная нутрициология в решении проблем профилактической медицины//Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием "Здоровое питание как основа здорового образа жизни".-2011
3. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldmortality/WMR2009.htm>
4. Kuznetsova T.I., Gavrilov D.V., Russkikh N.V. et al. Epidemiologic situation of arterial hypertension on industrial enterprise // Med Tr Prom Ekol.-2007, №8.-P.5-9.
5. Джусипов А.К., Ошакбаев К.П., Аманов Т.И., Шынгысова Ф.С. Состояние кардиологической службы в Республике Казахстан. Стратегия ее совершенствования // Терапевтический вестник.- 2005, № 3.- С. 4-7.
6. Kulkayeva G, Harun-Or-Rashid M, Yoshida Y, Tulebayev K, Sakamoto J. Cardiovascular disease risk factors among rural Kazakh population //Nagoya J Med Sci.- 2012, №74.-P.51-61
7. Ильин Л.А., Тахауов Р.М. и др. Отраслевой медико-дозиметрический регистр работников атомной промышленности России. Состояние и перспективы // Мед.радиол. и радиац. безопасн.- 2008, №5. - С. 16-22.
8. Grosche B., Lackland D.T., Land C.E., Simon S.L., Apsalikov K.N., Pivina L.M., Bauer S., Gusev B.I. Mortality from cardiovascular diseases in the Semipalatinsk historical cohort, 1960-1999, and its relationship to radiation exposure //Radiat Res.- 2011.-№176(5).- P. 660-9.
9. Г.Н.Билялова, К.Н. Апсаликов Сравнительная характеристика распространенности факторов риска у

экспонированных больных с артериальной гипертензией // Астана Медициналық Журналы.- 2006, № 2.- С. 22-23.

10. Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. Assessing value in health care programs // JAMA.-2012.-№ 307(20). - P.2153-4.

11. Maniecka-Bryła I, Maciak A, Kowalska A. Prevalence of tobacco smoking among participants of the Cardiovascular Prophylactic Program // Med Pr.-2009.-№ 60(2).- P.109-15.

12. Tousoulis D, Androulakis E. Novel therapeutic strategies in the management of arterial hypertension // PharmacolTher.-2012.-№ 6.- P.100-105.

13. Davis SM, Donnan GA. Clinical practice. Secondary prevention after ischemic stroke or transient ischemic attack // N Engl J Med.- 2012.-№366(20).-P.1914-22.

14. Tolstopyatov SM. Ukrainian break-through in the European and world strategy of individual prophylaxis of ischemic stroke in patients with arterial hypertension // Lik-Sprava.-2010.-№5-6.- P. 3-21.

15. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study //Lancet. 2004.- № 364.- P.937-52.

16. Baigent C, Keech A, Kearney P.M, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: Prospective meta-

analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins // Lancet.-2005.- №366.-P.1267-78.

17. Anderson J.L, Adams C.D, Antman E.M, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-Elevation myocardial infarction //J Am CollCardiol.-2007.-157 p.

18. Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, et al., editors. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: Meta-analysis of randomised trials //BMJ.-2008.-№336.-P.1121-3

19. Cook N.R, Albert C.M, Gaziano J.M, et al. A randomized factorial trial of vitamins C and E and beta carotene in the secondary prevention of cardiovascular events in women: Results from the Women's Antioxidant Cardiovascular Study //Intern Med Arch.-2007.-167.-P.1610-8.

20. Nugmanova A, Pillai G, Nugmanova D, Kuter D. Improving the management of hypertension in Kazakhstan: implications for improving clinical practice, patient behaviours and health outcomes // Glob Public Health.-2008.-№3(2).-P.214-31.

21. Noriaki Nakaya, Kyoichi Mizuno et al. Low-Dose Pravastatin and Age-Related Differences in Risk Factors for Cardiovascular Disease in Hypercholesterolaemic Japanese. Analysis of the Management of Elevated Cholesterol in the Primary Prevention Group of Adult Japanese (MEGA Study)

УДК 616.127-005.8-097

МИОКАРД ИНФАРКТИМЕН БІРІККЕН ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ HLA АНТИГЕНДЕРІНІҢ БӨЛІНУ

Л.Қ. Қаражанова, М.А. Қапақова, З.Р. Муслимова

Семей мемлекеттік медицина университеті,
Семей қаласының әскери госпиталы

Резюме

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ HLA У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ СОЧЕТАНИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Л.К. Каражанова, М.А. Капакова, З. Муслимова

Всего обследовано 25 больных с инфарктом миокарда сочетанной с цереброваскулярной патологией. Контрольную группу составили доноры здоровья лица 442 человек. Типирование антигенов гистосовместимости HLA I класса проводилось в стандартном двухступенчатом микролимфоцитотоксическом тесте. Иммуногенетическими маркерами повышенного риска заболеваемости инфаркта миокарда при сочетании цереброваскулярной патологией у казахов являются антигены HLA A1, A2, A9, B5, B7, B12, B35, B40 и гаплотипы A1/B12, A2/B12, A9/B12; у русских HLA A10, B5, B7, B17, B40; фенотип B7/B8 и гаплотипы A10/B5, A10/B7. Протективными генами являются у казахов A3, A19, A28, B8, B14, B15, B16, B17, B18, B22, B27, а у русских A11, A19, A28, B13, B14, B15, B18, B21, B22, B27.

Summary

ALLACATION OF HLA ANTIGENES IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

L.K. Karazhanova, M.A. Kapakova, Z. Muslimova

When the analyzing allacation HLA-markers in 25 patients with ischemic heart disease accompanied by cerebrovascular pathology were observed. The control group have make 442 healthy humans. HLA antigens of I-st class identified in microlymphocytotoxic test. Immunogenetical markers on high risk of brain ischemic heart disease accompanied by cerebrovascular pathology in Kazakhs: antigens HLA A1, A2, A9, B5, B7, B12, B35, B40 and haplotypes A1/B12, A2/B12, A9/B12; in Russians HLA A10, B5, B7, B17, B40; phenotypes B7/B8 and haplotypes A10/B5, A10/B7. Protective genes in Kazakhs peoples are A3, A19, A28, B8, B14, B15, B16, B17, B18, B22, B27, in Russians A11, A19, A28, B13, B14, B15, B18, B21, B22, B27.

Адам генотипін негіздейтін басты элементтердің бірі болып - антигендердің сәйкестігін бақылайтын гендердің қосындысы немесе HLA-антигендері табылады.

HLA-жүйесі адам популяциясы эволюциясын жаңа дәуірдегі дамуын анықтайтын аса маңызды генетикалық жүйе. Олар 160 аллелдер орналасқан 6 локустан тұрады [1,2]. I. Klein (1978) жіктеуі бойынша

HLA жүйесі 3 класс антигендерінен тұрады, I класка мықты трансплантациялық антигенін кодтаушы A, B, C локусындағы гендер жатады [3].

HLA антигендерінің жиілігі әр адамның өзіне тиесілі және әр нәсілге тән айқын антигендер болады. HLA-жүйесі басқа да антигендер жүйелер кешенімен бірге сыртқы ортаның зиянды факторларына және арнаулы патологияға тәуелділік сезімталдығын тудырады [4].

Жер бетінде тұратын нәсілдерге иммуногенетикалық зерттеулер жүргізгенде, гистосәйкестіктің жалпы антигендері арнаулы популяцияларға тәуелділігі анықталды. Барлық нәсілдерде кездесетін антигендердің әртүрлі фенотиптік жиілігі болады, олар арнаулы этникалық топты сипаттайды [5].

Жүрек-қантамыр ауруларының таралуының жиілеуі салдарынан, жоғары өлімділік пен мүгедектікке соғуы, осы аурулардың алдын-алу шаралары мен ерте анықтау критерилерін құрастыруды талап етеді.

Соңғы жылдары көптеген аурулардың ағымы мен дамуына себепші генетикалық факторларды анықтайтын зерттеулер кең түрде таралуда. HLA жүйесін тіндік типирлеу патологиялық процесс кезіндегі иммунологиялық бұзылыстарды бақылауға, макроорганизмнің генетикалық құрылымын анықтауда аса мәні жоғары [7].

Зерттеу мақсаты: Миокард инфарктімен біріккен цереброваскулярлы патология патогенезіндегі иммунологиялық факторлар ролін анықтау.

Материалдар мен әдістер. Барлық зерттелген науқастар саны-25. Оның 11-қазақ ұлты, 14-орыс ұлты құрады. Жастары 40-80 жас аралығында. Бақылау

тобы 231 қазақ және 211 орыс ұлтынан тұрды. I класты HLA антигендерінің гистосәйкестігін типирлеу Ленинградтық қан құю және гематология ҒЗИ стандартты екі баспалдақты микролимфоцитотоксикалық тестінің (Terasaki, 1968) сары сулы панелі көмегімен жүргізілді. HLA антигендерін талдау кезінде микроЭВМ «IBM-1839» Mattiuz және басқа да авторлар (1970) генетико-статтық әдістер (HLA гендер, антигендер, фенотиптер, гаплотиптер жиілігі, RR-салыстырмалы қауіп) комплексі қолданылды. HLA антигендерінің типирлеу нәтижелерін салыстыру Пирсон χ^2 (хи-квадрат) критерилері арқылы жүргізілді. Нақты айырмашылық фишердің нақты әдісі арқылы бағаланды.

Зерттеу нәтижелері. Әртүрлі иммунопатологиялық жағдайларда иммуногенетикалық критерилерді талдаудың маңызды аспектісі болып HLA антигендер бөлінуін әртүрлі этникалық топтардың сау тұрғындары арасында салыстырмалы зерттеу жүргізу болып табылды. Біздің зерттеуімізде Қазақстанның Шығыс аймағында тұратын қазақ және орыс ұлты тұрғындарының иммуногенетикалық статусына зерттеу жүргізілді. HLA аллелдерінің жиіліктерінің көрсеткіштерін сау тұрғындар мен жүректің ишемиялық ауруымен біріккен цереброваскулярлы патологиясы бар науқастармен салыстырғанда HLA гистосәйкестік антигендерінің қалыпты бөлінуінің бұзылғанын көруге болады (1 кесте).

Зерттелген популяциядағы I класты HLA антигендерінің жиілігі 1 кестеде көрсетілген.

1 кесте. - Қазақ және орыс ұлты бақылау тобы арасындағы гено-фено-гаплотиптердің бөлінуіндегі салыстырмалы жиілігі

Генотиптер, Фенотиптер, Гаплотиптер	Қазақтар n=231		Орыстар n=211		P
	Абс.	%	Абс.	%	
B5	71	30,74	51	24,17	0,0260*
B8	25	10,82	32	15,17	0,0451*
B17	26	11,26	11	5,21	0,0099*
B18	29	12,55	15	7,11	0,0207*
B21	16	6,93	24	11,37	0,0356*
C1	25	10,82	9	4,27	0,0049*
C3	61	26,41	39	18,48	0,0126*
A1A2	19	8,23	31	14,69	0,0122*
B5B17	7	3,03	0	0,00	0,0102*
B7B18	6	2,60	0	0,00	0,0198*
B12B21	0	0,00	1	0,47	0,0242*
A1B8	10	4,33	18	8,53	0,0308*
A1B12	3	1,30	9	4,27	0,0390*
A2B13	18	7,79	28	13,27	0,0214*
A3B13	4	1,73	10	4,74	0,0443*
A3B21	0	0,00	5	2,37	0,0242*
A9B12	4	1,73	11	5,21	0,0284*
A9B21	4	1,73	10	4,74	0,0443*
A10B5	18	7,79	9	4,27	0,0489*
A28B5	1	0,43	2	0,95	0,0382*
A1C3	23	9,96	11	5,21	0,0252*
A2C3	28	12,12	17	8,06	0,0469*
A2C4	16	6,93	25	11,85	0,0271*
B5C1	12	5,19	2	0,95	0,0079*
B5C2	12	5,19	3	1,43	0,0193*
B5C3	23	9,96	7	3,32	0,0030*
B15C4	3	1,30	9	4,27	0,0390*
B18C1	6	2,60	0	0,00	0,0198*

P-айырмашылықтың дәл мәні.
*-нақты айырмашылық $p < 0,05$.

1 кестеден көретініміз: В локусындағы антигендердің орыс ұлтына қарағанда, жиі түрде I HLA B5, B18, B17, сирек В8, В21 кездесу жиілігін көруге болады. С локусының антигендерінен қазақтарда HLA-C3, С1 басым түскен. Орыс ұлты донорлары арасында В локусынан В5, В8, В21 антигендері, С локусынан С3, С1 жиі түрде, керісінше В17, В18, С1 антигендері сирек түрде кездеседі. Қазақ және орыс ұлты арасындағы фено және гаплотиптердің кездесу жиілігінде де нақты түрде айырмашылықты көруге болады. Қазақтарда нақты түрде А1А2, В5В17, В7В18 фенотиптері кездессе, орыс ұлтында А1А2, В12В21 фенотиптерінің кездесу

жиілігі жоғарлаған. Қазақ донорлары арасында А2С3, А1С3, В5С3, А10В5, А2В13, А2С4 гаплотиптері басым болса, орыстарда А2В13, А2С4, А1В8, А2С3 гаплотиптерін тасымалдаушылары жоғары.

Қорыта айтқанда екі этникалық топтардағы антигендердің жалпы және өзгеше ерекшеліктері бар. Нақты түрдегі өзгерісті В локусы антигендерінің кездесу жиілігінде көруге болады.

Қазақ ұлтты науқастардағы гено-фено-гаплотиптердің бөлінуіндегі нақты айырмашылықтар 2 кестеде көрсетілген.

2 кесте. - Қазақ ұлтты науқастардағы гено-фено-гаплотиптердің бөлінуіндегі салыстырмалы жиілігі

Гено-фено-гаплотиптер	науқастар n=11	Бақылау тобы n=231	ДК	RR	P
	Жиілігі %	Жиілігі %			
A1	45.45	32.47	1.46	1.73	0.16572
A2	63.64	48.05	1.22	1.89	0.14914
A3	0.00	16.02	-15.50	-42.20	0.15450
A9	36.36	29.44	0.92	1.37	0.22287
A10	9.09	25.54	-4.49	-3.43	0.15458
A11	9.09	9.09	0.00	1.00	0.39454
A19	0.00	8.66	-12.80	-21.00	0.37909
A28	0.00	4.76	-10.20	-11.10	0.59281
B5	45.45	30.74	1.70	1.88	0.14776
B7	27.27	21.21	1.09	1.39	0.24176
B8	0.00	10.82	-13.80	-26.87	0.29333
B12	63.64	11.26	7.52	13.80	0.00010*
B13	9.09	16.02	-2.46	-1.91	0.31503
B14	0.00	4.76	-10.20	-11.10	0.59281
B15	0.00	7.79	-12.40	-18.72	0.41935
B16	0.00	7.79	-12.40	-18.72	0.41935
B17	0.00	11.26	-14.00	-28.08	0.27846
B18	0.00	12.55	-14.40	-31.77	0.23787
B21	9.09	6.93	1.18	1.34	0.38349
B22	0.00	2.16	-6.84	-4.94	0.79089
B27	0.00	6.06	-11.30	-14.31	.051176
B35	18.18	16.02	0.55	1.17	0.30113
B40	18.18	9.52	2.81	2.11	0.21574
B5B12	45.45	2.60	12.43	31.25	0.00003*
A1B12	27.27	1.30	13.22	28.50	0.00128*
A2B12	45.45	6.49	8.45	12.00	0.00073*
A9B12	18.18	1.73	10.21	12.61	0.02426*

ДК-диагностикалық коэффициент;
 RR –салыстырмалы қауіп мөлшері;
 P-айырмашылықтың дәлдік мәні.
 *-нақты айырмашылық $p < 0,05$

2 кестедегі мәліметтерге сүйенсек, А локусындағы кездесу жиілігінің сирек кездесуі А3, А19, А28, ал жиі кездесуі А1, А2 А9, А10, А11 антигендерінен көрінеді. В локусында жиілігі жоғары антигендер В5, В7, В35, В40, ал нақты түрде В12 антигені. Жүректің ишемиялық ауруымен біріккен цереброваскулярлы патологиясы бар науқастарда жиі кездесетін фенотип В5В15 (RR=31.25); ал гаплотиптерін салыстырғанда, бақылау тобына қарағанда науқастарда келесі гаплотиптер нақты түрде кездесті: А1/В12, А2/В12, А9/В12 (RR=28.50, 12.00, 12.61).

Қорыта айтқанда, қазақ ұлты арасында жүректің ишемиялық ауруымен біріккен цереброваскулярлы патология ауруына А1, А2, А9, В5, В7, В12, В35, В40 HLA антигендерінің ассоциациясымен көруге болады. Ауруға тұрақтылықты А3, А19, А28, В8, В14, В15, В16, В17, В18, В22, В27 антигендерінен көреміз, себебі бұл антигендер науқастар арасында кездескен жоқ.

Орыс ұлтты науқастардағы гено-фено-гаплотиптердің бөлінуіндегі нақты айырмашылықтар 3 кестеде көрсетілген.

3 кестеде келтірілген мәліметтерге сүйенсек, А локусында жиі кездескен А10, В5, В7, В17, В40 ал нақты түрде А10, В7 антигендері. Бұл антигендердің қауіп мөлшері RR=3.31; 1.74; 3.97;1.40; 2.34 сәйкес. В локусында нақты түрде жиі кездескен фенотип В7/В8 (RR=11.56), сонымен қатар максималды мәні бар А10/В5 (RR=6.12), А10/В7 (RR=10.10) гаплотиптері болды. Теріс ассоциацияны көрсететін антигендер А11, А19, А28, В13, В14, В15, В18, В21, В22, В27.

Қорыта айтқанда, орыс ұлты арасында жүректің ишемиялық ауруымен біріккен цереброваскулярлы патология ауруына А10, В5, В7, В17, В40 HLA антигендерінің ассоциациясымен көруге болады. В7/В8, А10/В5, А10/В7 гаплотиптері жүректің ишемиялық ауруымен біріккен цереброваскулярлы патология ауруына тән белгі болып табылады. Протективті антиген болып орыс ұлтында А11, А19, А28, В13, В14, В15, В18, В21, В22, В27 антигендері табылады.

3 кесте. - Орыс ұлтты науқастардағы гено-фено-гаплотиптердің бөлінуіндегі салыстырмалы жиілігі.

Гено-фено-гаплотиптер	науқастар n=14	Бақылау тобы n=211	ДК	RR	P
	Жиілігі %	Жиілігі %			
A1	28.57	32.70	-0.59	-1.21	0.22556
A2	35.71	51.66	-1.60	-1.92	0.11466
A3	14.29	18.48	-1.12	-1.36	0.27624
A9	14.29	27.96	-2.92	-2.33	0.14803
A10	50.00	23.22	3.33	3.31	0.02469*
A11	0.00	11.37	-15.10	36.13	0.19601
A19	0.00	7.11	-13.00	-21.57	0.36934
A28	0.00	2.84	-9.06	-8.29	0.67709
B5	35.71	24.17	1.70	1.74	0.14733
B7	57.14	25.12	3.57	3.97	0.01121*
B8	14.29	15.17	-0.26-1	-1.07	0.29990
B12	14.29	15.17	-0.26-1	-1.07	0.29990
B13	0.00	19.91	-17.50	-69.90	0.05030*
B14	0.00	5.21	-11.70	-15.52	0.48509
B15	0.00	8.06	-13.60	-24.69	0.32162
B16	7.14	9.95	-1.44	-1.44	0.36670
B17	7.14	5.21	1.37	1.40	0.38082
B18	0.00	7.11	-13.00	-21.57	0.36934
B21	0.00	11.37	-15.10	36.13	0.19601
B22	0.00	1.42	-6.09	-4.12	0.82397
B27	0.00	7.58	-13.30	-23.12	0.34471
B35	7.14	17.54	-3.90	-2.76	0.21049
B40	21.43	10.43	3.13	2.34	0.13786
B7B8	14.29	1.42	10.02	11.56	0.03057*
A10B5	21.43	4.27	7.01	6.12	0.02682*
A10B7	35.71	5.21	8.36	10.10	0.00119*

ДК-диагностикалық коэффициент;

RR –салыстырмалы қауіп мөлшері;

P-айырмашылықтың дәлдік мәні.

*-нақты айырмашылық $p < 0,05$

Қорытынды:

1. Клинико-иммунологиялық талдау нәтижелері жүректің ишемиялық ауруымен біріккен цереброваскулярлы патологиясы бар науқастарда HLA антигендерінің жоғарғы түрде нақты позитивті және негативті ассоциацияның жиынтығын көруге болады.

2. Қазақ ұлты арасында аурушаңдылықтың жоғарғы қауіпін иммуногенетикалық маркері болып A1, A2, A9, B5, B7, B12, B35, B40 және A1/B12, A2/B12, A9/B12 гаплотиптері, ал орыс ұлты арасында A10, B5, B7, B17, B40 және B7/B8, A10/B5, A10/B7 фенотиптер мен гаплотиптері саналады.

3. Алынған жоғарғы қауіпті иммуногенетикалық факторлар жүректің ишемиялық ауруымен біріккен цереброваскулярлы патология патогенезінде қолдану аурудың алғашқы кезеңінде болжам жасауға көмегі тиеді.

Әдебиеттер:

1. Алтухов Ю.П. генетические процессы в популяциях.-М.,Наука, 1989.-327 б.
2. Зотиков Е.А. Иммунология и иммуногенетика в гематологии / В кн.: Болезни системы крови. М.: Медицина . 1987.-143б.
3. Зотиков Е.А. Антигенные системы человека и гомеостаз. - М.,Наука, 1982.-236 б.
4. Зотиков Е.А. Антигенные системы человека и гомеостаз. - М. "Наука", 1982-236 б.
5. Shimm D.S., Olson Sh., Hill A.B. Radiation resistant human T-cell leukemia line. // Int.J.Rad.Oncol.-Biol.Phys.-1988.V.15-N.4.P.931-936/.
6. Москалиев Ю.И., Стрельцова В.Н., Отдаленные последствия радиационного поражения. Неопухолевые формы. - М.:ВИНИТИ, 1987.-242б.
7. Нерсиян В.М., Аюбян А.П., Мартиросян И.Г.с соавт. Распределение антигенов ряда эритроцитарных систем у гематологических больных // Гемотол. и трансфузиология.-1984.-№2.-б.12.

УДК 616.345-053.2-089.844

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ**М.Т. Аубакиров, А.А. Дюсембаев, М.С. Санбаев, М.С. Дюсупжанов, Е.А. Жумажанов, Т.М. Шарипов, А.Д. Жаркимбаева, О.Т. Ван, Л.Ю. Еремина, Н.А. Абдухаимов****Государственный медицинский университет города Семей, Медицинский центра ГМУ г. Семей, Отдел медико-социальной экспертизы №11, г. Семей, Абайское РМО**

Актуальность темы. В целях повышения эффективности оперативных вмешательств в аноректальной зоне при пороках развития следует считать внедрение в практику основных положений реабилитации, под которой принято понимать совокупность медицинских, социально-экономических и других мероприятий, направленных на максимально быстрое и полноценное восстановление здоровья больного ребенка, т.е. более раннее возвращение его к нормальным условиям жизни, учебы и труду, предупреждая задержку развития и роста [1,5,6,10]. Существенным компонентом медицинской реабилитации является контроль за эффективностью лечения и конкретная оценка результатов [2,4,7,8,9].

Целью исследования является улучшение результатов лечения послеоперационных больных детей по поводу пороков развития толстой кишки путем применения комплекса восстановительной терапии.

Материалы и методы. В детском хирургическом отделении Медицинского центра ГМУ г. Семей с 1997 по 2011 годы пролечено 60 детей с различными пороками развития толстой кишки. Использованы следующие методы исследования: клинический осмотр, ректальное исследование, УЗИ аноректальной зоны и брюшной полости, ирригография, ирригоскопия.

Результаты обсуждения. Распределение больных детей по нозологической форме болезни и по видам операции было следующим: болезнь Гиршпрунга (операция по Соаве-Ленюшкину) - в 5-ти случаях; болезнь Гиршпрунга (операция по Дюамеля-Баирову) - 1; передне-сагитальная проктопластика по Ленюшкину - 10; задне-сагитальная проктопластика по Пеня - 8; промежностная проктопластика по Дюффенбаху-Ленюшкину при низких атрезиях - 11; анопластика по Соломону - 5; анопластика по Баирову при стенозах анального отверстия - 5; анопластика по Гартману при стенозах анального отверстия - 3; устранение ректостомы при нормально функционирующем заднем проходе по Ленюшкину - 10; брюшно-промежностная проктопластика - 3.

В ближайшем послеоперационном периоде исходы хирургической коррекции из 60 оперированных больных были хорошими (полное клиническое улучшение с контролируемым ребенком акта дефекации, удержание кала и газа, т.е. полная социальная реабилитация) только у 11 детей эктопией анального отверстия, ректостомой при нормально функционирующем заднем проходе. У остальных пациентов отмечались частичное или полное недержание кала, т.е. социально не адаптированы. Эти функциональные отклонения, по сути, неизбежны после любой корригирующей операции в ближайшем послеоперационном периоде и временно остаются в более отдаленные сроки.

Учитывая все изложенное выше, мы начали программу реабилитации аноректальных аномалий и дру-

гих пороков развития ободочной и прямой кишки. До операции обычно ребенок как бы адаптируется к патологии, вследствие которой стали «нормой» физиологическое отклонения - потеря позывов к дефекации или недержание кала. Радикальная операция резко меняет ситуацию, и в течение определенного времени происходит реадaptация организма в целом и функции воссозданной прямой кишки и ее удерживающего аппарата в особенности. Для ускорения этих процессов в ближайшем послеоперационном периоде начали применять общие и местные лечебные процедуры.

Общие лечебные меры заключались в назначении лечебного питания, витаминотерапии, ферментных и бактериальных препаратов, стимулирующих средств. Пища ребенка должна быть легкоусвояемой: отварное мясо, рыба, сметана, яйца всмятку, молочные каши, пшеничный хлеб, сваренные на пару овощи (репа, брюква, лук) свежие ягоды и фрукты, исключаются острые блюда и продукты с большим содержанием клетчатки. Режим питания 6-8 раз в день. При склонности к запору в диету вводили больше продуктов способствующих послаблению (фрукты, овощи, мясной суп, зелень, кисломолочные продукты, капуста, мед, чернослив, свежий хлеб), а при склонности к диарее - укрепляющее (рис, нежирное мясо, мучные изделия, бананы, картофель).

Из стимулирующих препаратов наиболее эффективны были апилак (по 5 мг) и в виде свечей 3 раза 1-15 дней, препараты железа, пентоксил и метилурацил.

При тяжелых клинических формах патологии мы включали метаболитную терапию по схеме предложенной А.И. Ленюшкином, 1999 (кокорбаксилаза в/в, рибофлавин в/м, никотинамид в/м, панангин в р-ре глюкозы в/в, 20% кальция пантотенат в/в) [3].

У многих больных детей в послеоперационном периоде отсутствует навык самостоятельного опорожнения кишечника, также в результате радикальной операции в значительной степени нарушается местная анатомия и нервно-рефлекторные связи и вновь созданная кишка сразу не может выполнять несвойственную ему функцию. Все это требует местного лечения для выработки нормального позыва к дефекации, тренировки новообразованной прямой кишки и ее воссозданного запирательного аппарата.

Для улучшения анального контроля, снижения «анастомозита» и кожного зуда вокруг ануса проводили тщательный туалет промежности, обрабатывали нейтральным жиром, использовали теплые ванны с добавлением калия перманганата.

После купирования анастомозита, кожного зуда перешли к выработке рефлекса на дефекацию и приучали детей к регулярному опорожнению с применением очистительных и тренировочных клизм. Клизму ставили в течение 20-30 дней в одно то же время, лучше утром, чередуя воду комнатной температуры с более прохладной. Через 1-1,5 месяцев курс повторя-

ли. Одновременно ребенку делали упражнения на удержание: вначале он удерживает 100-150 мл воды, затем постепенно увеличивали до 300-450 мл в зависимости от возраста.

Для профилактики резидуального стеноза анального отверстия и прямой кишки проводили бужирование расширителями Гегера.

Продолжительность реабилитации длилась 6-8 месяцев, в основном в стационарных условиях через каждые 1-2 мес. так как в амбулаторных условиях реабилитационные мероприятия родители и врачи поликлиника не всегда выполняли.

С целью нормализации функции удерживающего аппарата прямой кишки применяли лечебно-воспитательные меры, ЛФК, физиотерапию.

Организирующую роль в лечебно-воспитательном процессе играет лечащий врач, родители, воспитатели детского учреждения и педагог. Они должны строго выполнять рекомендаций и указаний стационарного врача. В школе больному нужно создать условия, чтобы он любое время мог беспрепятственно покинуть класс для удовлетворения естественных нужд. При полном не удержании кала организовать обучение на дому.

Лечебная физкультура заключается в проведении лечебного массажа брюшной стенки в виде поглаживания, растирания по часовой стрелке, также для укрепления удерживающего аппарата прямой кишки проводили тренировку сфинктера, путем удержания газоотводной трубки на время и количества сокращений.

Физиотерапевтическое лечение способствовало нормализации сократительной способности ободочной и удерживающего аппарата прямой кишки. Проводили электростимуляцию диадинамическими токами (аппарат низкочастотной терапии) №7-110. Повторяли курс стимуляции через 3 мес.

Проводился электрофорез с 0,005% раствором прозерина на область живота и анального отверстия №10, курс терапии повторяли через 2-3 месяца.

В результате комплексной реабилитационной терапии течение 2-4 лет после операции нам удалось, из 49 больных детей с различными функциональными нарушениями после операции по поводу аномалий аноректальной зоны и пороков развития ободочной кишки значительно улучшить результаты и добиться хорошей социальной адаптации. Исходы хирургической и реабилитационной коррекции были хорошими (полное клиническое улучшение с контролем ребенка акта дефекации, удержание кала и газа, т.е. полная социальная реабилитация с адаптацией, промежность имеет нормальный косметический вид, анус сомкнут, рубцы нежные, тонус сфинктера и анальный рефлекс хорошо вызывается) у 30(61,2%) детей, удовлетворительными – (дети в большей степени контролировали стул, чувствовали позывы на дефекацию, но не удерживали жидкий кал. Ребенок сохраняет социальную адаптацию т.е. ходит в школу. Промежность имеет нормальный вид, анус расположен на есте-

ственном месте, сомкнут, анальный канал пропускает буж соответствующего возрасту номера, сфинктер эластичен) – 14 (28,6%), неудовлетворительными – (удерживающий аппарат прямой кишки отсутствует, полное недержание кала, социально не адаптированы) – 5 (10,2%). Больные с удовлетворительными и неудовлетворительными результатами лечения продолжают получать реабилитационное лечение в условиях стационара и амбулаторий.

Выводы. Таким образом, чтобы достичь хороших и удовлетворительных исходов лечения аномалий прямой кишки и пороков развития ободочной кишки в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, реабилитация должна осуществляться непрерывно, пока не будет в максимально короткие сроки восстановлено здоровье, нормализована функция кишечника. Также программа реабилитации должна носить индивидуальный характер и учитывать особенности личности ребенка и своеобразия местных морфологических и функциональных изменений. Следует с сожалением признать, что проктологические больные далеко не всегда и в достаточном объеме получают восстановительное лечение, особенно на постгоспитальном этапе.

Литература:

1. Детская проктология / Под ред. И.И.В.-София. Медицина и физкультура, 1986. -223 с.
2. Лаптев Л.А. и др. Нейрогенные нарушения акта дефекации у детей // Актуальные вопросы неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЦНС, 1994.-С.107-108.
3. Ленюшкин А.И., Панкевич Т.Л., Алексеевских Ю.Г., Сафонова Е.Е. PEASP-Синдром (новая концепция патогенеза – триады - ASO) // Актуальные проблемы проктологии-СНТ, 1999.-С.125-126.
4. Пяттаев Ю.Г. Диагностика, хирургическое лечение, профилактика нарушений удерживающей функции прямой кишки у детей: Автореф. дисс. канд.мед. наук-М., 1995.-19 с.
5. Каримов У.Ш. Вторичные нарушения функции аноректальной зоны у детей // Материалы публикаций 3-го съезда проктологов РФ.-Уфа.-2007.-С.186.
6. Каримов У.Ш., Ленюшкин А.И. // Дисфункция аноректальной зоны у детей после первичных проктопластики и возможности их коррекции // Детская хирургия. - №3 - 2007. - С.94-96.
7. Azzi E. Megacolon: nineteten years using the Soave technique // I.Med. Liben-1995.-Vol.43.-№1.-p.8-10.
8. Flageole H. et al. Hirschsprung's disease, imperforate anus, and Down's syndrome a caso report // I.Pediatr surg.-1996.-Vol.31.-№6.-P.759-760.
9. Pintala R.L., Jarvinen H.L. Congenital tunnel anus//J.Pediatr.surg. - 1997.-vol.32, №8.-P.1221-1225.
10. Sanchez-Jagian M.R., Alanso-Calderon J.L., Sanz N. The colonic atrezia an uncommon cause of neonatal intestinal obstruction // Cir. Pediatr.-1996.-Vol.9, №3.-P.125-127.

УДК 616.34-007.272-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

М.М. Гладинец, Д.Ф. Багаутдинов, Л.Ю. Еремина, З. Токай, Я.В. Шульгин, М.Е. Темиржанов

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

ЖЕДЕЛ ЖАБЫСҚАҚТЫ ІШЕК ӨТІМСІЗДІГІНІҢ ОПЕРАТИВТІ ЕМІНІҢ КЕМ САЛДАРЛАРЫ М.М. Гладинец, Д.Ф. Багаутдинов, Л. Ю. Еремина, З. Токай, Я.В. Шульгин, М.Е. Темиржанов

Жедел жабысқақты ішек өтімсіздігі бар науқастарға операция кезінде және операциядан кейінгі кезінде гидрокортизон, фибринолизин, новокаин, канамицин, 5% аминокпроп қышқылын және полиглюкинді қолдану жабысқақты үрдістің дамуының және рецидивтің алдын алуда маңызды критерий және операциядан кейінгі кеш кезінде статистикалық жақсы нәтижелерді көрсеткен.

Құрсақ қуысының жабысқақты үрдісінің алдын алуда нақты хирургиялық техника операцияны жасауда жарақаттанудың жоқтығы басты орын алады. Көптеген ғалымдарымен ұсынылған механикалық, химиялық, биологиялық әдістер лапаротомиядан кейінгі жабысқақты үрдістің алдын алуда тәжірибеде қанағаттанарлық нәтиже бере алмады, сондықтан да тәжірибелік хирургтар арасында кеңінен тарамдады. Жедел жабысқақты ішек өтімсіздігінен сырхаттанған науқастарды емдеудің нәтижесін зерттеу қалағатталарлықаң көрсеткіштер науқастарды ауруханаға кеш жатқызумен, оперативті емнің жарақаттылығының көптігі және оперативті емге ағзаның агрессивті жауап беруімен байланысты екені дәлелденген.

Summary

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION M.M. Gladinets, D.F. Bagautdinov, L.Yu. Eyremina, Z. Tokay, Ya.V. Shulgin, M.E. Temirzhanov

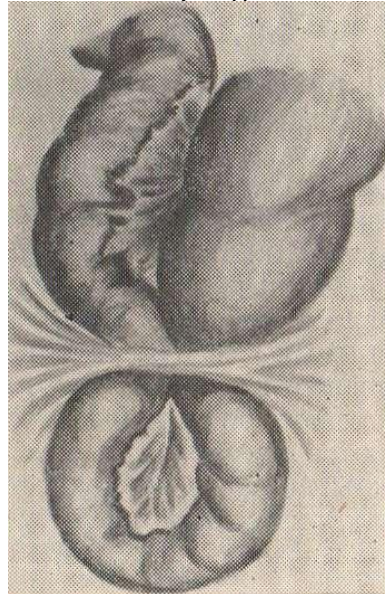
Use in patients for surgery and postoperative medications mixture of hydrocortisone, fibrinolysin, novocain, kanamycin and 5% aminocaproic acid and poliglyukina are an important criterion for prevention of recurrence of adhesions in patients with acute adhesive intestinal obstruction and are statistically significant increase in amount of good Long-term results. Precise surgical technique of traumatic surgical intervention should be considered as important factors what follows prevent adhesions of the abdominal cavity. Proposed by many scientists, mechanical, chemical and biological ways of preventing adhesions after laparotomy, did not give satisfactory practical results, and therefore have not received the recognition of practical surgeons. Researches from the results of treatment of patients with acute adhesive intestinal obstruction have shown that poor performance is often due to late hospitalization, traumatic perform surgery, as well as the aggression of the organism in the operation.

Внутрибрюшные сращения являются основной причиной развития непроходимости кишечника. Однако изучению отдаленных результатов лечения этого заболевания уделено недостаточное внимание. Многие авторы, изучая отдаленные результаты лечения острой непроходимости кишечника, не рассматривали отдельно спаечную кишечную непроходимость. В литературе имеются отдельные сообщения Д.П. Чухриенко, З.В. Пестова, Л.А. Кожура соавт. о том, что наиболее неблагоприятные отдаленные результаты были получены при лечении спаечной непроходимости кишечника. Спайки и тяжи после перенесенных операций, воспалительных процессов могут при определенных условиях послужить причиной, так называемой ранней спаечной острой кишечной непроходимости. Спайки, развивающиеся в брюшной полости после перенесенных асептических операций: острый аппендицит, острый холецистит, при закрытой и открытой травме живота с повреждением кишечника, часто вызывают ряд осложнений, особенно острую спаечную кишечную непроходимость. По данным литературы, спаечная кишечная непроходимость после асептических операций встречается от 1,3-1,6%. Отсюда 200 пациентов перенесших лапаротомию всегда 2-3 человека находятся под угрозой этого тяжелого осложнения.

Наиболее часто возникает непроходимость после огнестрельных ранений живота, которые всегда являются инфицированными. Причины образования у пациентов спаек, тяжей, результат внесения инфекции в брюшную полость из просвета поврежденного кишечника, кровоизлияние в брюшную полость, наличие в ней инфицированной жидкости, манипуляций во время ла-

паротомии, которая сопровождается эвентрацией кишечника. Перечисленные моменты создают достаточно благоприятные условия для того, чтобы в дальнейшем развился перивисцерит, ведущий к образованию тяжей и сращению кишечных петель друг с другом, а так же с париетальной брюшной и соседними органами.

Острая спаечная непроходимость кишечника.



Фиброзный тяж.

Следует отметить, что не все случаи сращений являются болезненными симптомами. На 3 тыс. проведенных лапаротомий клинически распознал наличие спаек в 12-15%, только в 3,5% явления непроходимости были резко выражены, что пришлось больным подвергнуть оперативному лечению - «Пайер». Явления спаечной непроходимости кишечника чаще всего возникают после большой физической нагрузки или приема пищи. Иногда больные просыпаются от болей в животе с последующим урчанием кишечника, икотой и рвотой. После сифонной клизмы наступает облегчение, и все явления быстро стихают. Легкие случаи спаечной непроходимости сопровождаются сильными, но кратковременными болями с самостоятельным отхождением жидкого кала. Средние по тяжести случаи характеризуются плохим отхождением газов затрудненной дефекацией, вздутием живота и образованием «вала» в правой или левой половине живота, но без рвоты и резких болей. После дефекации наступает облегчение. Больные с перивисцеритами находятся в состоянии постоянного нервного напряжения, в ожидании какой-то катастрофы органов брюшной полости. Часто пациенты, изучив свое заболевание, избегают приема в пищу, что вызывает вздутие живота. Они следят за тем, чтобы ежедневно был стул; встревожены, когда имеется его задержка. Отсутствие стула они рассматривают как предвестник возникновения и повторения знакомой им картины непроходимости кишечника. Все их внимание поглощено функцией желудочно-кишечного тракта, они избегают излишеств в еде, стараясь не нарушить режим питания. Только небольшая группа больных страдает постоянными, умеренными болями в животе, а нарушение диетического режима или физическая нагрузка способствуют развитию развернутой клинической картины спаечной непроходимости кишечника.

Мы располагаем данными о 598 больных, находившихся в хирургическом отделении 1-ой горбольницы, БСМП с 1978-2010г.г. по поводу острой спаечной непроходимости кишечника, из них 398 больных были оперированы. С целью предупреждения рецидивов заболевания 118 оперированным больным вводили в брюшную полость смесь лекарственных препаратов содержащих 125 мг гидрокортизона, 40 000 ЕД. фибринолизина, 175 мл. - полиглюкина, раствора новокаина 0,25%-150 мл., канамицина - 1,0г и 5% -100мл. аминокaproновой кислоты. Применяемая лекарственная смесь препаратов вводилась в брюшную полость по окончании оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде в течение 4-5 дней один раз в сутки

через дренажную полихлорвиниловую трубочку диаметром 3мм. вводили в брюшную полость лекарственные препараты, которые способствовали профилактики развития спаечного процесса брюшной полости. Методика предложенная сотрудниками кафедры в клинике применялась в течении более 20 лет, без каких-либо осложнений. По рекомендации профессора М.И. Брякина молодыми хирургами совместно с интернами, субординаторами-хирургами проведены экспериментальные исследования на животных, которые с позиции доказательной медицины подтвердили эффективность лекарственной смеси у основной массы животных в отсутствии внутрибрюшных спаек после механической травмы брюшины.

Отдаленные результаты оперативного лечения острой спаечной непроходимости кишечника тщательно изучались у 162-пациентов в сроки от 1 года до 15 лет. Из них 126 пациентов были обследованы в стационаре, 28 амбулаторно, а у 8 сообщили о состоянии здоровья в анкетах.

Среди обследованных пациентов преобладали женщины, которые составляли-55,3%. Чаще отмечено у 63% заболевание в возрасте 21-65 лет, у детей и подростков 19,1%. В пожилом и старческом возрасте количество больных составило-18,9%. Все обследованные пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа- 78 больных пролечены операцией, во 2-й группе у 84 больных оперативное лечение было проведено в сочетании с введением в брюшную полость комплекса лекарственных препаратов по методике, разработанной в клинике в целях профилактики и предупреждения рецидивов заболевания. Мы располагаем значительным количеством наблюдений, поэтому нам удалось сформировать группы, идентичные по полу, возрасту, причинам развития заболевания, ввиду выполненных оперативных вмешательств по срокам наблюдений пациентов, что дало возможность избежать влияния случайных факторов на отдаленные результаты лечения этой категории больных.

Причины развития острой спаечной непроходимости кишечника у больных обеих групп были одинаковы: у 89% больных 1-й группы и у 90% больных 2-й группы развитию заболевания предшествовали аналогичные по характеру и объему оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Среди заболеваний, приведших к развитию острой спаечной непроходимости, у больных обеих групп преобладали воспалительные процессы и травмы органов брюшной полости.

Таблица 1. - Характеристика ранее произведенных операций у больных с изученными отдаленными результатами.

Вид оперативного вмешательства	Пациенты 1-й группы		Пациенты 2-й группы	
	число пациентов	% к общему количеству пациентов	число пациентов	% к общему количеству пациентов
Рассечение спаек, аппендэктомия	5	6,1	5	6,2
Рассечение спаек, резекция кишки	12	14,6	12	15,0
Рассечение спаек, резекция большого сальника	11	13,4	13	16,2
Рассечение спаек	37	45,2	33	41,2
Рассечение спаек, устранение за ворота	5	6,1	3	3,8
Рассечение спаек, удаление кисты яичника	4	4,9	3	3,8
Рассечение спаек обходной анастомоз	7	8,5	8	10,0
Рассечение спаек, прочие операции	1	1,2	3	3,8
Всего	82	100	80	100

В изучаемых группах больных при устранении непроходимости кишечника произведены идентичные оперативные вмешательства. Во время оперативных

вмешательств было отмечено, что по виду спаек, сращений, вызвавшие непроходимость кишечника, у больных обеих групп существенно не изменилась. В 1-

й группе единичные межкишечные, сальниковые плотные тяжи были причиной непроходимости с явлениями странгуляции у 21 пациента, во 2-й группе - у 14 больных. Массивные спайки вызвали непроходимость кишечника у 61 больного в 1-ой группе и у 66 больных 2-ой группе. Мы считали хорошие результаты у обследованных пациентов при отсутствии ранее существовавших симптомов заболевания и в полной мере восстановленной трудоспособности. При удовлетворитель-

ном результате наступает стойкое улучшение в состоянии здоровья, но могут сохраниться отдельные нарушения функций желудочно-кишечного тракта, но в полной мере трудоспособность сохраняется. Результат признавали плохим, если улучшения не наступало, сохранялись основные симптомы или развивался рецидив данного заболевания, трудоспособность значительно была снижена.

Таблица №2. Отдаленные результаты оперативного лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Метод лечения	Обследовано в отдаленном периоде	Отдаленные результаты					
		хорошие		удовлетворительные		сниженные	
		Количество обследованных	%	Количество обследованных	%	Количество обследованных	%
Оперативный без проведения профилактических мероприятий	82	18	21,5	25	30,5	39	48
Оперативный с использованием профилактических мероприятий	80	42	51,7	25	32,0	13	16,3

Данные, полученные при изучении отдаленных результатов убедительно свидетельствуют о целесообразности применения смеси лекарственных средств гидрокортизона, фибринолизина, 0,20% новокаина, 0,5% аминокапроновой кислоты, канамицина, фибринолизина, полиглюкина, для предупреждения развития рецидива заболевания у пациентов, оперированных по поводу острой спаечной непроходимости кишечника. Установлено, что в 1-ой группе было 56- пациентов или 69,2%, которые повторно госпитализированы с рецидивами заболевания, а у 15 пациентов или 18,3% - вновь прооперированы. Среди больных, у которых были проведены профилактические мероприятия, вторично были госпитализированы 9 – пациентов, что составляет 11,2%, а у пациентов повторно оперированных было только- 2 или 2,5%. Применение комплекса лекарственных средств в целях профилактики спаечного процесса в брюшной полости приводят в отдаленном периоде к достоверному увеличению хороших результатов, снижении неудовлетворительных результатов и не препятствует заживлению послеоперационных ран передней брюшной стенки живота. Отдаленные результаты не зависели от пола, возраста оперированных больных. При сопоставлении клинической картины заболевания, времени госпитализации, отдаленных результатов исследований установлено, что отдаленные результаты лучше у больных, госпитализированных в сроки до 12 часов от начала заболевания и оперированных впервые три часа после поступления в хирургическое отделение. Следует отметить, что хорошие отдаленные результаты зависят от характера оперативного вмешательства. Чем проще и менее травматична операция, тем лучше отдаленные результаты. Из 70 пациентов прооперированных по поводу устранения острой спаечной кишечной непроходимости осуществлено рассечение спаек, у 19 - отмечены неудовлетворительные результаты. Из 24 - больных, которым проведена оперативное пособие резекция нежизнеспособной кишки, у 9 - отмечены неудовлетворительные результаты. Это связано с операционной травмой брюшины, наличие в брюшной полости инфекции, которая вызвана вскрытием просвета омертвевшей кишки. Среди 113 больных, у которых операции не были связаны с вскрытием просвета кишки, у 46 или 40,7% получены хорошие отдаленные результаты, у 31 или 27,4% - удовлетворительные, у 36 или 31,9% - неудовлетворительные. Из 49 больных, которым в процессе оперативного вмешательства вскрывали

просвет кишечной трубки, хорошие отдаленные результаты отмечены только у 14 или 28,5%, удовлетворительные - у 19 или 38,9% и неудовлетворительные - у 16 или 32,6%. Частота хороших отдаленных результатов после операций по поводу острой спаечной непроходимости кишечника, вызванной единичными спайками, значительно больше, чем у больных, заболевание у которых было обусловлено множественными спайками, тяжами и сращениями. Эти показатели соответственно составили 57,2 и 31,5%. Неудовлетворительные отдаленные результаты у больных с множественными сращениями отмечены в 3 раза чаще, чем у больных с единичными тяжами. Данные наших исследований свидетельствуют о том, что с увеличением времени, прошедшего после оперативного вмешательства, прогрессивно уменьшается частота неудовлетворительных отдаленных результатов. В первые 5 лет после оперативного вмешательства из 112 обследованных пациентов хорошие результаты получены у 38 больных, что составляет 33,9%, удовлетворительные - у 30 пациентов или 26,9%, неудовлетворительные - у 44 или 39,3%. В последующие пять лет в результате обследования 50 - прооперированных пациентов неудовлетворительные показатели были у 8 или 16%. Активное ведение пациентов в послеоперационном периоде направленные на устранение параза тонкого кишечника, способствуют уменьшению образования спаек в брюшной полости, так как перистальтирующие петли кишок не склонны к сращению. По мнению многих ученых, борьба с развитием послеоперационных спаек и тяжей должна вестись «биологическим» путем, то есть путем повышения функции кишечника. Для этого врачи ЛФК рекомендуют применять дыхательную гимнастику, в целях усиления мышечной работы брюшной стенки.

Применение у пациентов на операции и в послеоперационном периоде смеси лекарственных препаратов гидрокортизона, фибринолизина, новокаина, канамицина и 5% аминокапроновой кислоты и полиглюкина, являются важным критерием предупреждения рецидива развития спаечного процесса у больных при острой спаечной кишечной непроходимости и являются статистически достоверными по увеличению количества хороших отдаленных результатов.

Четкая хирургическая техника, атравматичность проведения оперативных вмешательств, следует считать важнейшим фактором профилактики спаечного процесса брюшной полости.

Предложенные многими учеными механические, химические, биологические способы профилактики спаек после лапаротомий, не дали удовлетворительных практических результатов и поэтому не получили признания у практических хирургов.

Исследование учеными результатов лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью показали, что неудовлетворительные показатели часто обусловлены поздней госпитализацией, травматичностью выполнения оперативного вмешательства, а так же агрессия организма на оперативное пособие.

Литература:

1. Савельев В.С.и др., Национальное руководство клинической хирургии, М.,т.,1-2,2009-2010г.
2. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни, 2010г.
3. Стуччи А., Беккер Дж., Хирургические болезни, пер. с англ. под ред. С.П. Ветшева.-М.,2010г.-768с.
4. Чекмазов И.А.. Спаечная болезнь брюшины: руководство. - М., 2008.-160с.
5. Сергиенко В.И., Петросян Э.А. Оперативная хирургия: учебная пособия, М., 2010г.

УДК 616.23/24-089+615.382

ФИБРОБРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АБСЦЕССОМ И ГАНГРЕНОЙ ЛЕГКОГО ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИОСУПЕРНАТАНТНОЙ ФРАКЦИИ ПЛАЗМЫ И ПЛАЗМАФЕРЕЗА С ВОЗМЕЩЕНИЕМ ПЛАЗМОПОТЕРИ КРИОСУПЕРНАТАНТНОЙ ФРАКЦИЕЙ ПЛАЗМЫ

¹М.К. Сыздыкбаев, ²В.А. Куртуков, ³Т.Х. Сыздыкбаев, Н.А. Абдухаимов

Государственный медицинский университет города Семей¹,
Алтайский Государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия²,
АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана³

Резюме

Применение криосупернатантной фракцией плазмы по сравнению с пациентами, у которых использовался в лечении плазмаферез с возмещением плазмопотери криосупернатантом плазмы, чаще на 33,4% ($p < 0,001$) отсутствовала мокрота в бронхиальном дереве, и на 35% ($p < 0,05$) чаще наблюдалась бледно-розовая слизистая оболочка.

Тұжырым

ЖЕДЕЛ АБСЦЕСС ЖӘНЕ ӨКПЕНІҢ ІРІНДЕУІ КЕЗІНДЕГІ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ПЛАЗМАНЫҢ КРИОСУПЕРНАТАНТНЫҢ ФРАКЦИЯСЫН ҚОЛДАНУ ЖӘНЕ ЖОҒАЛТҚАН ПЛАЗМАНЫҢ ОРНЫН ПЛАЗМАНЫҢ КРИОСУПЕРНАТАНТТЫҢ ФРАКЦИЯСЫМЕН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ

М.К. Сыздыкбаев, В.А. Куртуков, Т.Х. Сыздыкбаев, Н.А. Абдухаимов

Плазманың криосупернатантының фракциясын қолдану, басқа ауруларға плазманың орнын криосупернатанттың фракциясымен қалпына келтіру келтіру салыстырғанда 33,4% ($p < 0,001$) жиі бронхыда қақырық болмайды, және 35% ($p < 0,05$) жиі бозғылт қызыл қабық.

Summary

FIBROBRONCHOSCOPIC PICTURE AT PATIENTS WITH ACUTE ABSCESS AND GANGRENE OF LUNG BY COMBINED TREATMENT WITH PLASMA FRACTIONS CRYOSUPERNATANT AND PLASMAPHERESIS WITH RECOVERY LOSS OF PLASMA OF CRYOSUPERNATANT FRACTION OF PLASMA

М.К. Syzdykbaev, V.A. Kurtukov, T.Kh. Syzdykbaev, N.A. Abdukhaimov

Application cryosupernatant fraction of plasma compared with patients who have used plasmapheresis in the treatment of the reimbursement of lose of plasma cryosupernatant plasma, often by 33.4% ($p < 0.001$), there was no mucus in the bronchial tree, and 35% ($p < 0.05$) more often there was a pale pink lining.

Гнойно-деструктивные процессы в легких угнетают фибринолиз, способствуют прогрессированию микротромбообразования, что проявляется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови и повышенным потреблением факторов свертывания [2,3]. Деструкция легкого истощает ресурсы местной легочной ауторегуляции кровотока и вентиляции и приводит к возникновению вентиляционно-перфузионного дисбаланса [4].

Плазмаферез в пульмонологии является одним из ведущих методов экстракорпоральной детоксикации больных с гнойными легкими и плевры заболеваний. Однако этот метод приводит к снижению пациентов лейкоцитов уровне и гуморального иммунитета. Положительное влияние практического применения данный метод

позволяет охарактеризовать его как очень эффективны для лечения гнойных заболеваний в пульмонологии [5].

Применение в комплексном лечении у больных криоплазменно-антиферментного комплекса способствует ослаблению проявлений синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и улучшению исходов заболевания [1].

Неудовлетворительные исходы лечения ОАГЛ настоятельно требуют изыскания новых и совершенствования существующих методов лечения этой группы заболеваний.

Результаты и обсуждение

Проведена сравнительная оценка эффективности комплексного лечения больных острым абсцессом и гангреней легкого с применением криосупернатантной

фракции плазмы (1 группа) и плазмафереза с возмещением плазмотери криосупернатантной фракцией плазмы (2 группа).

После лечения в первой группе больных без мокроты в бронхах было больше, чем во второй группе на 33,4% ($p < 0,001$), а лиц со слизистой и слизисто-гноной мокротой в них - меньше на столько же.

Изменения слизистой оболочки бронхов до лечения в обеих группах больных были одинаковыми (табл. 1). После лечения в первой группе число больных с бледно-розовой слизистой оболочкой бронхов было больше на 35% ($p < 0,05$), чем во второй, а число лиц с отеком и диффузной гиперемией 1 степени - меньше на 33,3% ($p < 0,001$). Отек и диффузная гиперемия 2 степени чаще встречались во 2 группе больных - на 15,1% ($p < 0,01$).

Таблица 1. Характер изменения слизистой оболочки бронхов у больных после комплексного лечения с применением плазмафереза с возмещением плазмотери криосупернатантной фракцией плазмы.

Характер поражения слизистой бронхов	Группы больных											
	первая (n=60)					вторая (n=60)						
	до лечения		после лечения			до лечения		после лечения			p> до лечения	P после лечения
абс число	%	абс число	%	p1	абс число	%	абс число	%	p1			
Отек + диффузная гиперемия 1 ст	11	18,3	10	16,7	>0,5	20	30,0	30	50,0	<0,05	0,05	<0,01
Отек + диффузная гиперемия 2 ст	19	31,7	1	1,6	<0,001	22	36,7	10	16,7	<0,02	0,5	<0,001
Отек + диффузная гиперемия 3 ст	17	28,3	-	-	<0,002	13	21,7	-	-	<0,001	0,25	
Очаговая гиперемия 1 ст	7	11,7	18	30,0	>0,05	5	8,3	10	16,7	>0,5	0,5	>0,05
Бледно-розовая	6	10,0	31	51,7	<0,001	2	3,3	10	16,7	<0,02	0,1	<0,05
Всего	60	100,0	60	100,0		60	100,0	60	100,0			

Выводы: У больных острым абсцессом и гангреной легкого комплексное лечение с применением криосупернатантной фракцией плазмы по сравнению с пациентами, у которых использовался в лечении плазмаферез с возмещением плазмотери криосупернатантом плазмы, чаще на 33,4% ($p < 0,001$) отсутствовала мокрота в бронхиальном дереве, и на 35% ($p < 0,05$) чаще наблюдалась бледно-розовая слизистая оболочка.

Литература:

1. Бомбизо В.А. Применение криоплазменного антиферментного комплекса в лечении больных с распространенным перитонитом 2005 [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Бомбизо В.А. – Москва, 2005. – 23 с.
 2. Гавриков В.В. Экстракорпоральная гемокоррекция в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Гавриков В.В. – Омск, 2005. – 25 с.

3. Кулешова О.Д. Исследование состояния легочной микроциркуляции и вентиляции методом пульмоноцинтиграфии при определении эффективности лечения и прогноза у больных с острым абсцессом легкого [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Кулешова О.Д. – Москва, 2005. – 25 с.
 4. Лапшин С.П. Экстракорпоральная гемокоррекция в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Лапшин С.П. – Омск, 2006. – 24 с.
 5. Akopov, A. L. Laser plasmapheresis for treatment of pulmonary and pleural suppurative diseases / Akopov, A. L.; Bely, K. P.; Berezin, Yu. D.; Orlov, S. V. // Proc. SPIE Vol. 2769, p. 87-93, Laser Optics '95: Biomedical Applications of Lasers, Victor A. Serebryakov; Ed. <http://adsabs.harvard.edu/abs/1996SPIE.2769...87A>

УДК 616.366-089.87-053.9-06

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

М.М. Гладинец, Д.Г. Кондратьев

Государственный медицинский университет города Семей, Кафедра хирургии №2 с урологией

Резюме

Острый холецистит в большинстве случаев у больных пожилого и старческого возраста протекает в атипичной форме. При деструктивных формах острого холецистита, осложненного желтухой, перитонитом, холангитом, показана срочная операция.

Запоздалое оперативное вмешательство приводит к тяжелым послеоперационным осложнениям со стороны печени, легких, сердечно-сосудистой системы, эти осложнения становятся причиной летальных исходов.

Тұжырым

ЕРЕСЕК ЖӘНЕ ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСҚА ЖАСАЛҒАН ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАР**М.М. Гладинец, Д.Г. Кондратьев**

Жедел холецистит ересек және қарт адамдарда көп жағдайда атипичтік формада өтеді. Жедел холецистит сарғаю, перитонит, халанзитпен асқынған деструкциялық түрлерінде шұғыл операция көрсетілген.

Кеш жасалған операция операциядан кейінгі бауыр, өкпе, жүрек-қан тамыр жүйесі жағынан ауыр асқынуларға әкеледі, бұл асқынулар летальды жағдайлар себебі болады.

Summary

COMPLICATIONS AFTER A HOLETISTOECTOMIYA AT PATIENTS OF ADVANCED AND SENILE AGE**M.M. Gladinets, D.G. Kondratyev**

Acute cholecystitis in most cases appears in atypical form in old patients.

Emergency operation is indicated in destructive form of acute cholecystitis. Complicated by jaundice, peritonitis, cholangitis,

Delayed operation performance lead to severe postoperative complications from liver, lungs, cardiovascular system. These complications become the case of mortal outcomes.

В последние два десятилетия количество больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом значительно увеличилось, по данным отечественных и иностранных примерно составляет от 60 до 88%. По данным нашей клиники БСМП осложненными формами заболевания в хирургическое отделение поступают от 60,5 до 83,2% таких пациентов.

Анализ клинических наблюдений показал, что у многих больных пожилого и старческого возраста в первые часы заболевания могут развиваться деструктивные изменения в стенке желчного пузыря гангрена, флегмона, сопровождающиеся тяжелыми изменениями в паренхиме печени гепатит, холангит, множественные некротические очаги, белковая и жировая дистрофия.

При тяжелых морфологических изменениях в желчном пузыре и желчевыводящих протоках печени у значительного большинства больных заболевание протекает даже при нормальной температуре тела и неизменной гематологической формулой крови. В настоящее время острый холецистит у лиц геронтологического возраста старше 60 лет расценивается как качественно новый процесс, отличный от того, который развивается у людей молодого и среднего возраста А. А. Шабанов, В.С. Савельев, Д.Л. Пиковский, Б.А. Королёв, А.А. Шалимов, В.В. Виноградов.

Атипичность клинического течения, как правило, приводит к большому числу диагностических ошибок. По литературным, данным ошибочный диагноз ставят у 35,8-50% больных поступивших в хирургический стационар, а в клинике частота ошибочной диагностики превышает 18%, В.С. Савельев, А.А. Шалимов. В результате ошибок диагностики - 31% пациентов лечились на дому от 5 до 7 дней от других заболеваний, в результате чего оперативное вмешательство осуществлялось с опозданием. Летальность после холецистэктомии составляет от 7,2 до 12,9%, А. Н. Шабанов и соавт.; Б. А. Королев и Д.Л. Пиковский, А.А. Шалимов, Б.А. Петров и соавт. Большая частота летальных исходов зависит от возраста больных, тяжести сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и легочной систем, печени и желчевыводящих протоков, от выраженности интоксикационного синдрома, а также сроков оперативного вмешательства.

В клинике БСМП хирургами-интернами, клиническими ординаторами клиники проанализированы 800 истории болезни у больных острым холециститом в возрасте от 60 до 98 года женщин - 532, мужчин - 268 больных выявлены тяжёлые сопутствующие заболевания; ожирение, диабет, атеросклероз, коронарокардиосклероз с наличием тахикардической формой мерцательной аритмии и сердечно-сосудистой недостаточности, гипертоническая болезнь, пневмосклероз, лёгочная патология. В связи с тяжелой сопутствующей патологи-

ей и атипичностью клинического течения острого холецистита у 79 больных в хирургическом отделении диагностирован ограниченный желчный перитонит, у 25-разлитой перитонит. По тяжести патологического процесса и срокам оперативного вмешательства больные нами разделены на 3 группы.

В первой группе было 167 пациентов. Консервативная терапия у них не принесла успеха, интоксикация нарастала, температура тела не снижалась. Лейкоцитоз нарастал со сдвигом формулы крови влево. У 29% пациентов увеличивалось содержание билирубина, у 38% пальпировался край печени, выступающий до 4 см из-под реберной дуги подтвержденные УЗИ. Больные были прооперированы в сроки от 4 до 6 дней. Поздние оперативные вмешательства у больных с клинической картиной местного перитонита произведены из-за отказа их от оперативного пособия и мнимого улучшения от консервативной терапии. На время операции установлен гангренозный холецистит у 62 или 36,8% больных, флегмонозно-гангренозный - у 43 или 26,1%, флегмонозный - у 40 или 23,8%, обострение хронического холецистита со спаечным процессом, инфильтратом - у 22 или 13%. Выпот в брюшной полости обнаружен у 52 больных.

Камни в просвете желчного пузыря обнаружены у 126 пациентов 75%, холедохолитиаз - у 16 или 9,5%. Холецистэктомия от шейки с холедохотомией выполнена у 150 или 89,2 % больных, холецистэктомия с холедоходуоденоанастомозом - у 10 5,9%. Гепатит с переходом в цирроз был у 20 человек, гнойный холангит - у 62, холангиосепсис - у 8, хронический индуративный панкреатит - у 22. В послеоперационном периоде печеночно-почечная недостаточность ППН развилась - у 26 или 15,3% больных, абсцесс печени - у 5, что составляет 2,9%, пневмония - у 29 или 17,2% сердечно-сосудистая недостаточность - у 21 или 12,4%. Летальные 36 или 22% больных: от плевропневмонии - 7 пациентов 18,9%, от печеночно-почечной недостаточности 17 или 45,9%, от сердечно-сосудистой недостаточности - 9 пациентов, что составило - 14,3% от разлитого перитонита - 4 или 10,8%.

Вторая группа представлена - 239 больных или оперированы в сроки более недели-отсроченные операции. Интенсивная консервативная терапия принесла временное облегчение, однако в дальнейшем интоксикация нарастала и больные подверглись оперативным вмешательствам. Гангренозный холецистит был у 66 или 27,7% больных, флегмонозно-гангренозный у 114 или 47,5%, обострение хронического холецистита у 59 24,8%. Разлитой перитонит обнаружен у 9 человек, ограниченный - у 59, гнойный холангит - у 47 или 19,6%, гепатит и цирроз печени - у 48 или 10,0%. Холецистэктомия выполнена у 229 больных, в том числе с холедо-

хотомией - у 68, с холедоходуоденоанастомозом - у 39. У 10 больных произведена холецистостомия. В послеоперационном периоде развились следующие осложнения: Печеночно-почечная недостаточность - у 40 или 16,7% больных, перитонит - у 16 или 6,7%, гнойный холангит - у 9 или 3,7%, пневмония и сердечно-сосудистая недостаточность - у 43 или 17,9%. Умерли 39 или 16,3% больных: от печеночно-почечной недостаточности - 14 или 35,9%, от сердечно-сосудистой недостаточности - 14 или 35,9%, от перитонита - 6 или 15,5%, от пневмонии, сепсиса - 3 или 7,9%, от сердечно-сосудистой недостаточности и тромбоза легочной артерии - 1 или 2,8%.

К 3-й группе отнесены 394 больных, оперированных в сроки от 6 до 72 ч с момента заболевания. Кратковременная консервативная терапия, направленная на снятие интоксикации и восстановление нарушенных обменных процессов в организме, не принесла положительных результатов. Во время операции гангренозный холецистит обнаружен у 132 или 33,6% больных, флегмонозно-гангренозный - у 121 или 30,8%, флегмонозный - у 90 или 22,9%, катаральный - у 21 или 5,6%, обострение хронического холецистита - у 30 или 7,1%. Камни желчного пузыря найдены у 89,2% больных. До 24 ч с момента заболевания оперирован 201 больной 51%, в сроки от 24 до 48 ч - 121 или 30,7%, от 48 до 72 ч - 72 или 18,3%. Холецистэктомия произведена у 226 больных, холецистэктомия с холедоходуоденоанастомозом - у 104 и с холедоходуоденоанастомозом - у 24.

В послеоперационном периоде развились следующие осложнения: Печеночно-почечная недостаточность - у 30 или 7,6% человек, пневмония и сердечно-сосудистая недостаточность у 27 или 6,8%, перитонит - у 16 или 4,06%, подпеченочный абсцесс - у 6 или 1,5%, холангиосепсис - у 9 или 2,25%. Умерли 32 или 8,12% человека: от печеночно-почечной недостаточности - 14 или 43,8%, от пневмонии - 2 или 6,8%, от пневмонии и сердечно-сосудистой недостаточности - 7 или 21,8%, от множественных абсцессов печени - 4 или 12,6%, от холангиосепсиса - 3 или 9,8%, от перитонита - 2 или 6,2%. Одной из ведущих причин летальности является печеночно-почечная недостаточность. У 136 больных с различными формами острого холецистита проведено исследование биоптатов печени, взятых во время операции. Установлено, что в паренхиме развиваются белковая и жировая дистрофия, множественные очаговые некрозы печеночных клеток, гнойный холангит, гепатит, цирроз. Кроме того, в ткани печени увеличивается количество глобулинов за счет альбуминов, снижается уровень цистина, аргинина, метионина, фенилаланина, аспарагиновой и глутаминовой кислот. Снижается также уровень сульфгидрильных групп и уровень иммуноглобулинов А, G и M. Имеется тенденция к понижению содержания общего азота. Степень поражения печени находится в прямой зависимости от длительности и характера изменений в стенке желчного пузыря. Немаловажными факторами в развитии печеночно-почечной недостаточности являются метод обезболивания, длительность и травматичность операции, величина кровопотери во время операции, степень развития гипоксии, передозировка или несовместимость применяемых лекарственных препаратов, выраженность интоксикации. Наши наблюдения показали, что чем раньше удаляется очаг интоксикации, тем меньше осложнений возникает в послеоперационном периоде.

Второе по частоте осложнение - пневмония. Пневмония чаще развивается у больных малоподвижных, тучных, с пневмосклерозом, эмфиземой легких, коронарокардиосклерозом, имеющих деструктивные измене-

ния в желчном пузыре. Большое значение для возникновения пневмонии имеет применение косоугольного параллельно правой реберной дуге разреза с пересечением межреберных нервов, что уменьшает дыхательную экскурсию грудной клетки и приводит к резкой отрицательной вентиляции. Применяемая на следующий день после операции активная дыхательная гимнастика и оксигенотерапия снижают частоту развития пневмонии с 39,1 до 8,3%. Немаловажное значение для развития пневмонии имеет выбор метода обезболивания. Больные пожилого и старческого возраста плохо переносят эфирный наркоз. По данным литературы, он не только отрицательно действует на печень, почки, но и на мышцу сердца и легочную ткань. Лучше всего больные переносят закись азота.

Перитонит относится к частым осложнениям у больных с деструктивными формами острого холецистита. У 2 человек развился перитонит в результате загрязнения брюшной полости гнойным содержимым желчного пузыря; у 3 пациентов развился желчный перитонит в результате истечения желчи из ложа желчного пузыря после холецистэктомии.

К частным осложнениям относится сердечно-сосудистая недостаточность, нередко сочетающаяся с пневмонией. Она возникает у лиц с выраженными склеротическими изменениями в мышце сердца, коронарных сосудах, у имеющих деструктивные изменения в желчном пузыре. Подпеченочный абсцесс, гнойный холангит, холангиосепсис, абсцесс печени чаще возникают у больных, длительно лечившихся консервативно и имеющих тяжелую интоксикацию и низкий уровень иммуноглобулинов. Лечение осложнений представляет трудную задачу. Эти больные имеют глубокие изменения со стороны жизненно важных органов сердца, печени, почек и тяжелую интоксикацию, в результате чего развиваются гипоксемия и дегенеративные изменения, в первую очередь в мышце сердца. Профилактика этих нарушений требует систематической коррекции белкового, водно-солевого, витаминного баланса. Отдаленные результаты изучены у 193 больных в сроки от 3 до 15 лет. Боли в правом подреберье были у 12 человек, послеоперационные грыжи - у 14, спаечная болезнь - у 6, наружные желчные свищи - у 2, холедохолитиаз - у 2, стеноз дистального отдела холедоха - у 1. Самым частым осложнением являются послеоперационные грыжи. Они возникли у больных с дряблой брюшной стенкой, у тучных людей с атрофией мышц передней брюшной стенки, у которых применен косой разрез и дренирование брюшной полости. 25 больных оперированы повторно, 5 из них умерли от пневмонии и сердечно-сосудистой недостаточности - 2, от перитонита - 2, от холангита, холангиосепсиса - 1.

Литература:

1. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М.: Хирургические болезни. 3-е издание, М.: Медицина, 2002.
2. Ковалев М. М., Шевченко В.С. -В кн.: Хирургия желчевыводящих путей. Киев, 1968, вып. 12, с. 5-10.
3. Астаров Э.А.: Хирургические болезни, Астана 2003.
4. Клиническая хирургия: национальное руководство + СД: в 3-х томах. - М.: ГЭОТАР-Мед. - 2008. Т.1.- 864 с.
5. Хирургические болезни: Учебник + СД: в 2-х т./ под. Ред. В.С. Савельева и др - М.: ГЭОТАР-Мед.- 2008. Т.1.-608 с.; Т.2.-400 с.
6. Шалимов А.А с соавт., Руководство по абдоминальной хирургии. К., 2006 год.

УДК 616-089-366-033.7

МИНИ-ЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ¹Н.Р. Рахметов, ¹М.Ж. Аймагамбетов, ²Л.Ю. Еремина*Государственный медицинский университет города Семей¹**Кафедра хирургии №1 и интернатуры, Отдел медико-социальной экспертизы №11, г. Семей²***ТҰЖЫРЫМ****ӨТ-ТАС АУРУЫ КЕЗІНДЕ КІШІ-ЛАПАРОТОМИЯНЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНУ****Н.Р. Рахметов, М.Ж. Аймагамбетов, Л.Ю. Еремина**

Хирургиялық ем кезіндегі кіші - лапаротомияның созылмалы калькулезді холециститпен 162 науқастың нәтижелері зерттелді. Жаңа технология кіші – лапаротомиялық оперативті кірісуін созылмалы калькулезді холецистит және оның асқынулары кезінде 98,8% науқасқа жүргізілді. Кіші инвазивті технология операциядан кейінгі асқынуларды 1,2%-ға төмендетті.

SUMMARY**MINI-LAPAROTOMY AT SURGICAL TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE****N.R. Rakhmetov, M.Zh. Aimagambetov, L.Yu. Eremina**

The results of surgical treatment from a mini-laparotomy of 162 patients with a chronic calculus cholecystitis are studied. The use of minimally invasive technologies in surgical interventions of the mini-laparotomic access allows for 98,8% of patients with chronic calculous cholecystitis and its complications to perform cholecystectomy with interventions in the biliary tract. Mini-invasive technology allows to lower postoperative complications to 1,2%.

Введение. Лапароскопическая холецистэктомия является в настоящее время операцией выбора при хирургическом лечении желчнокаменной болезни. Однако отрицательное воздействие карбоксиперитонеума на организм больных с сердечно-легочными нарушениями и выраженные рубцово-воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря, печёчно-двенадцатиперстной связки, механическая желтуха, возможные анатомические особенности гепатопанкреато-билиарной зоны ограничивают возможности использования лапароскопической холецистэктомии [1,2]. Мини-лапаротомия с элементами открытой лапароскопии с помощью комплекта инструментов «Мини-ассистент» позволяет с высокой степенью надёжности и безопасности выполнить холецистэктомию практически при всех клинических формах калькулёзного холецистита, осуществить интраоперационную ревизию внепечёчных желчных протоков и при показаниях выполнить холедохолитотомию и возможную холедоходуоденостомию [1-4].

Целью нашей работы было изучение результатов лечения больных с хроническим калькулёзным холециститом из мини-лапаротомии с помощью набора инструментов «Мини-Ассистент» и разработанных инструментов на кафедре хирургии №1 Государственного медицинского университета г. Семей.

Материал и методы. Нами проведён анализ результатов хирургического лечения из мини-лапаротомии 162 больных с хроническим калькулёзным холециститом. Возраст больных колебался от 23 до 82 лет. Средний возраст составил 56,9±14,8 лет. Из них женщин было 146(90,1%), мужчин – 16(9,9%). Сопутствующие заболевания имели 121(74,7%) пациент, из них у 106-ти наблюдались два и более сопутствующих патологии. Ожирением I-III степени страдали 39(24,1%) пациентов, из них 16 – II-III степени. Желчнокаменная болезнь была осложнена холедохолитиазом и механической желтухой у 8(4,9%) больных, водянойкой желчного пузыря - у 10(6,2%). Сморщенный склерозированный желчный пузырь был выявлен у 14(8,6%) пациентов.

Операции выполнялись из трансректального доступа в правом подреберье длиной от 3 до 5 см с использованием малоинвазивной технологии.

Результаты и обсуждение. Холецистэктомия из мини-доступа была выполнена 160(98,8%) пациентам.

Из них у 5 больных холецистэктомия сочеталась с холедохолитотомией и дренированием холедоха, у 3 - холедоходуоденостомией. Холецистэктомия по Прибраму была произведена 3 пациентам при наличии сморщенного склерозированного желчного пузыря, полностью заполненного конкрементами. Конверсии на широкую лапаротомию при использовании малоинвазивной технологии не было. Традиционная холецистэктомия была выполнена 2(1,2%) больным. Показаниями к ее выполнению были: необходимость ревизии органов брюшной полости и предшествующие операции в анамнезе на органах верхнего этажа брюшной полости. Продолжительность оперативного вмешательства с использованием малоинвазивной технологии варьировала от 40 до 170 минут, в среднем составила 69±24,7 минут.

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2(1,2%) больных. Очаговая нижнедолевая пневмония у первого пациента была купирована консервативной терапией, у второго - желчеистечение из ложа желчного пузыря прекратилось самостоятельно на 4 сутки. Раневую инфекцию не наблюдали в связи адекватной антибиотикопрофилактикой. Повторных оперативных вмешательств и летальных исходов не было. Длительность пребывания больного в стационаре колебалась от 6 до 21 койко-дней, в среднем составила 8,3±2,2 койко-дней.

Выводы. Таким образом, применение малоинвазивной технологии при оперативных вмешательствах из мини-лапаротомного доступа позволяет у 98,8% больных хроническим калькулёзным холециститом и его осложнениями выполнить холецистэктомию с вмешательствами на внепечёчных желчных путях. Малоинвазивная технология позволяет снизить послеоперационные осложнения до 1,2%.

Литература:

1. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуток А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – Москва, 2000. – 139с.
2. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – Видар, 2006. – 561с.
3. Галашев В.И., Зотиков С.Д., Глянцев С.П. Холецистэктомия из мини-доступа у лиц пожилого и старческого возраста. // Хирургия. – 2001. - № 3. – С. 15-18.
4. Савельев В.С. 50 лекций по хирургии. - Москва, 2004. – 752с.

УДК 617-001.17-06:616.94-053.2-084

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ НЕКРЭКТОМИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

А.Е. Курмангазина

Кафедра детской хирургии Государственного медицинского университета города Семей

Лечение больных с ожогами является одной из актуальных проблем современной хирургии. У детей ожоговая болезнь протекает значительно тяжелее, чем у взрослых, что связано с анатомо-физиологической незрелостью защитных систем детского организма и особенностями течения процесса воспаления. (1,2).

Основными методами интенсивного лечения при обширных глубоких ожогах являются немедленная коррекция гемодинамики, кислородного статуса, детоксикация организма, раннее удаление ожогового струпа с целью подавления микрофлоры в ране и аутодермопластика. (3,4,5).

Одной из важных проблем современной комбустиологии остается восстановление кожного покрова у тяжелообожженных. Продолжительность и эффективность лечения, и исходы ожоговой болезни зависят от сроков восстановления кожного покрова, которое можно лишь при удалении некротических тканей с последующей аутодермопластикой. (6,7).

Известная методика – самопроизвольное отторжение некротического струпа и поэтапная бескровная некрэктомия, является недостаточно эффективной в основном из-за осложнений. За это время развивается инфекция и раневое истощение. Поэтому лечение ожоговой болезни и предупреждение его осложнения стало одним из главных направлений современной комбустиологии.

Эффективность применения активной хирургической тактики – ранней некрэктомии состоит в снижении степени бактериальной обсемененности ожоговых ран, сокращении сроков их заживления, уменьшении частоты гнойно-септических осложнений ожоговой болезни.

Однако нет единой точки зрения на роль ранней некрэктомии в системе активной хирургической тактики у обожженных. (8).

Первоначально наиболее широкое признание ранняя некрэктомия при обширных глубоких ожогах получила за рубежом. В середине 30-х годов появилось сообщение о применении раннего оперативного лечения глубоких ожогов путем иссечения и последующей аутопластики по Тиршу или наложение первичного шва. При этом сроки лечения сократились в 3-4 раза.

В клинике термических поражений МНИИ педиатрии и детской хирургии, наиболее благоприятным периодом для проведения оперативного вмешательства у детей с обширными ожогами являются первые 24-72 ч с момента получения травмы, когда состояние больного остается стабильным. Наряду с этим было установлено, что внедрение в педиатрическую практику метода хирургической некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой способствовало прерыванию ожоговой болезни у детей с обширными ожогами III Б – IV степени на стадии токсемии.

По данным нашего медицинского центра ГМУ г.Семей наиболее благоприятным периодом для проведения ПХО ожоговых ран у детей являются первые 24-72 ч с момента получения травмы, когда состояние больного остается стабильным. При глубоких ожогах с

появлением плотных припаянных струпов для освобождения их проводится местное лечение с гелем, желе солкосерил, актовегин, а при обширных струпах насечки. При краевом освобождении некротизированных тканей проводится краевая некрэктомия. После полной некрэктомии ожоговая рана готовится к аутодермопластике по Тиршу с антисептическими растворами в течение 3-4 дня, до появления грануляционных тканей. Ранняя проведенная некрэктомия предотвращает формирование рубцовых тканей. Внедрение методов хирургической некрэктомии у детей с последующей поэтапной аутодермопластикой также способствует прерыванию ожоговой болезни с обширными ожогами и активному закрытию ожоговых ран. Своевременно проведенная аутодермопластика позволила избежать отдаленных осложнений ожоговых ран в виде келоидной рубцовой деформации и контрактуры.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что удаление ожогового некроза предотвращает прогрессирование инфекции, устраняет одномоментно огромное количество некротических тканей, а с ними продуктов распада и жизнедеятельности микробов и самих микробов вместе с иссекаемыми участками пораженной ожогами кожи. (9,10). Преимуществами метода являются: уменьшение явления интоксикации, ускорение восстановления кожного покрова, снижение количества осложнений ожоговой болезни из-за сокращения времени с момента получения ожога до закрытия ран.

Литература:

1. Ковальчук В.И. и др. // Хирургическое лечение ожогов: Лечебная тактика при ожоговой болезни у детей: Тез. Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, «Вопросы травматологии и ортопедии» №2 (3 июнь) 2012. – С. 66
2. Гуруков Ш.Р., Будкевич Л.И., Пеньков Л.Ю. // Детская хирургия, 2001. - №6. С. – 49-51.
3. Алексеев А.А., Лавров В.А. // Анналы хир. – 1996. - №3. – С.24-28.
4. Алексеев А.А. // Материалы VII Всероссийской науч.-практ. конф. по проблеме термических поражений. – Челябинск, 1999. С. – 6-8.
5. Альес В.Ф., Андреев А.Г., Астамиров М.К. // Рениматол.и интенсив.тер.: Информац.сб.новости науки и техники. – 1998. - №2. – С.7-16.
6. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб, 1993.
7. Григорьев А.И., Малахов С.Ф., Парамонов Б.А. и др., // Вестн.хир. – 1996. – Т. 155, №1. – С.94.
8. Организация и оказания этапной хирургической помощи детям с тяжелой термической травмой: Метод.рекомендации / Воздвиженский С.И., Будкевич Л.И., Пеньков Л.Ю. и др. – М., 1999
9. Алексеев А.А. Ожоговый сепсис: Диагностика, профилактика, лечение: Автореф.дис. ...д-ра ме.наук. – М., 1993.
10. Singh K, Prasanna M. // J.Trauma – 1995. – Vol. 39, №3. – P. 560 – 562.

УДК 616-089-031.81

ТРУДНАЯ ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ С ПОМОЩЬЮ ФИБРООПТИЧЕСКОГО БРОНХОСКОПА

Г.Ж. Ыגיעв

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

Тұжырым

ФИБРООПТИКАЛЫҚ БРОНХОСКОП КӨМЕГІМЕН ТРАХЕЯНЫҢ ҚИЫН ИНТУБАЦИЯСЫ

Г.Ж. Ыגיעв

«Қиын интубация» термині жалпы қабылданған термин болып табылады, мәселе интубация кезіндегі қиындықтан гөрі кең көлемде ұсынылады және тыныс жолдарының бақылауының барлық элементтерін, оксигенацияны және көмір қышқыл газының элиминациясын кірістіреді. Интубация қиын деп есептеледі, егер анестезиологқа стандартты ларингоскопия жасау 3 мүмкіндіктен артса немесе эндотрахеалды трубканың дұрыс орналастыруына 10 минуттан артық уақыт кетсе.

Summary

DIFFICULT INTUBATION OF TRACHEA BY MEANS OF FIBROOPTICAL BRONCHOSCOPE

G.Zh. Ygiev

The term of «difficult intubation» is considered standard; the problem is represented more widespread, than difficulty at intubation, and includes all elements of the control of respiratory tract, oxygenation and elimination of dioxides of carbon. Difficult is considered intubation when is required to the anesthesiologist more than three attempts of standard laryngoscopy or more than 10 minutes for achievement of correct position of endotracheal tube.

Термин «трудная интубация трахеи» разными авторами трактуется по-разному. По мнению G. Samsoon и J. Young, трудная интубация - это невозможность ввести интубационную трубку в трахею способом прямой ларингоскопии; по мнению M. Norton и A. Brown, когда количество ларингоскопий больше 2; по ASA три и более трех попыток правильного введения эндотрахеальной трубки или длительность манипуляции более 10 минут [1]. Осложнение интубации трахеи до настоящего времени является одной из основных причин анестезиологической летальности и составляет 28% всех случаев смерти, связанных с проведением анестезии [2]. Последствиями трудной интубации является гипоксемия, травма дыхательных путей и зубов, аспирация [3].

Врожденные и приобретенные изменения челюстно-лицевой области, ожирение, неадекватное разгибание шеи (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, скелетное вытяжение за теменные бугры...) могут явиться причиной трудной интубации трахеи и показанием для ее проведения с помощью бронхоскопа.

Цель исследования: оценка метода трудной интубации трахеи с помощью фиброоптического бронхоскопа.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Семей, в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Исследование было проведено у 53 больных (39 мужчин и 14 женщины), оперированных по поводу экстренных хирургических патологий.

Основным прогностическим признаком трудной интубации трахеи является оценка по шкале Маллампасти (тест основан на визуализации фарингеальных структур при полном открытии рта пациента). Структуры глотки, видимые при этом, и составляют основу классификации.

Класс 1: видны мягкое небо, дужки миндалин и язычок.

Класс 2: видны мягкое небо, дужки миндалин, но язычок скрыт языком.

Класс 3: видно только мягкое небо.

Класс 4: нельзя разглядеть и мягкого неба.

У 12 пациентов определен IV класс теста Маллампасти, у остальных - III класс. Во всех случаях операции проводились по экстренным показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. Во всех случаях проводили интубацию «вслепую». Когда первая попытка интубации трахеи оказалась неудачной, вторая ларингоскопия не предпринималась, проводили масочную вентиляцию с последующей интубацией трахеи с помощью фиброоптического бронхоскопа. Интубация трахеи с помощью бронхоскопа проводилась у 3-х больных (ожирение, ревматоидный артрит, аномалий челюстно-лицевой области). В подобных случаях использование фиброоптического бронхоскопа может повысить безопасность больного на этапе обеспечения проходимости дыхательных путей. Показатели газообмена (SpO₂, Etco₂), существенно не изменялись. Серьезных осложнений, связанных с методикой, не зарегистрировано. У одного больного отмечались боли в горле.

Таким образом, проведение интубации трахеи с использованием фиброоптического бронхоскопа снижает риск развития опасных для жизни осложнений, в первую очередь связанных с расстройствами газообмена. Отсутствие ограничений во времени позволяет применить оптимальный вариант интубации трахеи, а также способствует атравматичному проведению процедуры.

Выводы: следовательно, данный метод обеспечивает необходимые условия для выполнения трудной интубации трахеи у больных с врожденными и приобретенными изменениями челюстно-лицевой области.

Литература:

1. Молчанов И.В., Заболотских И.Б., Магомедов М.А. Трудный дыхательный путь с позиции анестезиолога-реаниматолога. Петрозаводск, 2006. - С.10-11.
2. Браун У. Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Освежающий курс лекций. - Архангельск, 2000. - С. 197-203.
3. Морган Дж. Э., Мэвид С. Клиническая анестезиология: Пер. с англ. - М., 2005г - С. 85.

УДК 616.717.45-08+303.621.34

ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПО Г. СЕМЕЙ: КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

А.М. Жайсанбаев

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г.Семей

Резюме

В статье представлены результаты анкетирования 52 больных с переломами диафиза плечевой кости при помощи Оксфордской анкеты и опросника Свансона. Удовлетворенность больных консервативным лечением и после чрескостного остеосинтеза практически одинакова, хотя их анатомические и функциональные показатели были ниже соответствующих показателей погружного остеосинтеза.

Түжырым

СЕМЕЙ Қ. БОЙЫНША ИЫҚ СҮЙЕГІНІҢ ДИАФИЗ СЫНЫҒЫН ЕМДЕУДІҢ ШАЛҒАЙ НӘТИЖЕЛЕРІ: САПАЛЫ ЗЕРТТЕУ

А.М. Жайсанбаев

Бұл мақалада Оксфорд анкетасы және Свансон сауалнамасы көмегімен иық сүйегінің диафиз сынықтарымен 52 науқасты анкеталау нәтижелері көрсетілген. Консервативтік емнен және сүйек арқылы остеосинтезден кейін науқастардың қанағаттануы бірдей, бірақ анатомиялық және функционалдық көрсеткіштері батырмалы остеосинтездің көрсеткіштерінен төмен болды.

Summary

LONG-TERM OUTCOMES OF HUMERAL SHAFT FRACTURES IN SEMEY: A QUALITATIVE STUDY

А.М. Zhaysanbaev

The outcomes of 52 patients with humeral shaft fractures by an Oxford and Swanson questionnaires in the article are presents. The patients' satisfaction after conservative treatment and external fixation practically identical, although their anatomical and functional results were below than by nailing at corresponding findings.

Частота переломов плечевой кости составляет до 13,5 % от общего числа больных с переломами ОДС. Осложнения и неудовлетворительные исходы лечения переломов плеча достигают 18-39% [1,2,3]. Поэтому улучшение качества лечения в данной категории больных является актуальной проблемой. Эпидемиологию повреждения плечевой кости, в частности, переломы диафиза плечевой кости (ПДПК) изучали Жанаспаев М.А. с соавт. [4], Мысаев А.О. с соавт. [5]. Они же изучили результаты лечения при помощи анкетирования данной категории больных в 2008 году.

Цель: изучить отдаленные результаты лечения переломов диафиза плечевой кости в г.Семей.

Методы исследования: предварительная база данных результатов анкетирования больных с диафизарными переломами плеча при помощи Оксфордского (по J.Dawson и соавт., 1996) и Свансона опросников (Swanson и др.) за 2005-2008 годы по г.Семей была любезно предоставлена автором публикации [5]. Всего в ней содержались результаты анкетирования 23 больных (таб.1).

Табл.1.

Год	Всего больных с ПДПК	Всего проанкетированных больных с ПДПК	Консервативное лечение	Погружной остеосинтез	Чрескостный остеосинтез	% опрошенных к общему числу больных с ПДПК
2005-2008	150	23	7	12	4	15,3%
2011	41	29	16	12	1	70,7%
Всего	191	52	23	24	5	27,2%

Далее в 2011 году проводилось анкетирование еще 29 больных данной категории. В итоге оценка отдаленных результатов лечения переломов диафиза плеча оценено у 52 больных травматологического отделения БСМП г. Семей. В общем, с переломами диафиза плечевой кости было стационарно пролечено 191 человек (150 в период 2005-2008 гг. и 41 в 2011 г.). Таким образом, выборка респондентов составила 27,2% от генеральной популяции переломов диафиза плеча, что вполне достаточно для качественного исследования. К сожалению, остальные больные категорически отказались участвовать в исследовании, либо не проживают или неправильно указали адреса, либо умерли, по не связанным с травмой причинам (пожилые пациенты).

Результаты и обсуждение: Оксфордского (по J.Dawson и соавт., 1996) опросник включает в себя 12 параметров оценки боли, повседневной жизненной активности и в целом используется для оценки удовле-

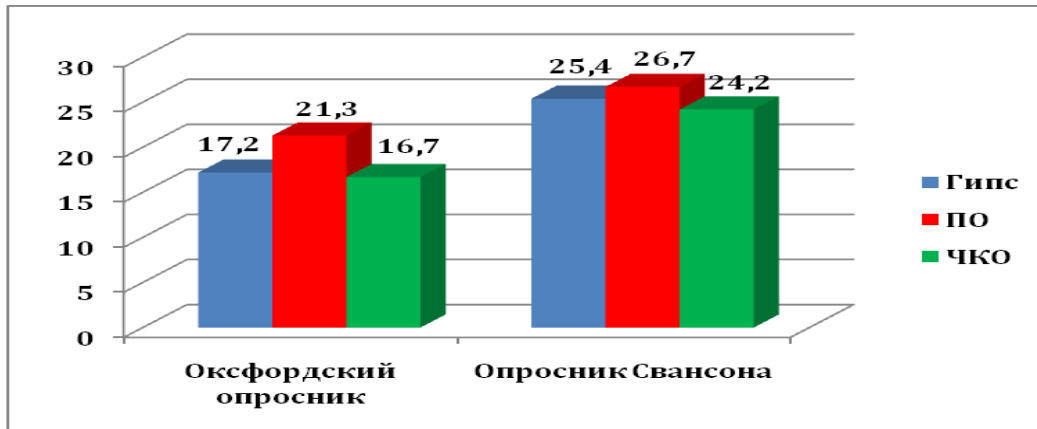
творенности больным качества жизни в отдаленном периоде. Опросник Свансона (Swanson и др.) же оценивает конечность в анатомо-функциональном отношении. Многие его вопросы врач оценивает самостоятельно при помощи антропометрии. Максимальное количество баллов (max 30 баллов) соответствует лучшему исходу лечения.

Категории вида лечения больных с ПДПК подвергшихся анкетированию представлен в табл.1. Как видно из таблицы 1 из опрошенных консервативно пролечено (гипс) – 23, погружной остеосинтез (ПО) выполнен – 24 больным, чрескостный остеосинтез (ЧКО) – 5. Всего 52 пострадавших.

Баллы по Оксфордскому опроснику (рис.1): гипс – 17,2 баллов; ПО – 21,3; ЧКО – 16,7.

Баллы по опроснику Свансона (рис.1): гипс – 25,4 баллов; ПО – 26,7; ЧКО – 24,2 баллов.

Рисунок 1. Результаты анкетирования.



Как видно из результатов Оксфордского опросника баллы при лечении ЧКО и гипсом ненамного отличаются. Оно и понятно, в повседневной жизни гипсовая повязка, как и аппарат внешней фиксации, значительно осложняет ее течение, выполнение элементарных функций, что отразилось на качестве жизни данной категории больных. Напротив, при погружном остеосинтезе имплантат находится под кожей и обычному течению жизни ничего не мешает, что хорошо подтверждено данными Оксфордского опросника.

По анкете Свансона лучшие анатомо-функциональные результаты показали больные после погружного остеосинтеза. При данном методе фиксации это связано с возможностью более раннего начала программы реабилитации, что в свою очередь отразилось на показателях амплитуды движения в плечевом и локтевом суставе.

Вывод: Удовлетворенность больных консервативным лечением и после чрезкостного остеосинтеза практически одинакова, хотя их анатомические и функциональные показатели были ниже соответствующих показателей погружного остеосинтеза.

Литература:

1. Зверев Е.В. Теория и практика функционального внутрикостного остеосинтеза: Сб. научн. трудов // Ярославского гос. мед. Института, Ярославского Костромского - Вологодского научного общества травматологов-ортопедов. - Ярославль, 1990. - С. 65-78.
2. Pelet P., Berruex P. Osteosynthesis of the distal, intraarticular fractures of the humerus // Ortopad 1995 Sep; 10(4): 282-286.
3. Yamano Y. Comminuted fractures of the distal humerus treated with hook plate; // Arch Orthop Trauma Surg. 1998; 105(6): 359-363.
4. 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.
5. Мысаев, А.О. Характеристика переломов диафиза плечевой кости по г. Семей за 2011 г. / А.О. Мысаев, Т.Ж. Омарбаев, О.А. Кожахметов, А.А. Сутормин // Наука и здравоохранение. – 2012. - №2 – с. 35-37.

УДК: 616.718.49-039.4

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПЕРЕЛОМОВ НАДКОЛЕННИКА ПО ГОРОДУ СЕМЕЙ ЗА 2011 ГОД

О.А. Кожахметов

КГКП «Больница скорой медицинской помощи» г.Семей

Резюме

В данной статье представлен анализ эпидемиологической ситуации переломов надколенника в г.Семей за 2011 год. Основные показатели (механизм травмы, пол и возраст пострадавших) сходны с литературными данными.

Тұжырым

2011 ЖЫЛҒЫ СЕМЕЙ Қ. БОЙЫНША ТІЗЕСҮЙЕГІНІҢ СЫНЫҚТАРЫНЫҢ ЖИЛІГІ

О.А. Кожахметов

Бұл мақалада 2011 жыл бойынша Семей қ. тізе сүйегінің сынықтарының эпидемиологиялық жағдайының талдамасы көрсетілген. Негізгі көрсеткіштер (науқастарды жарақат механизмі, жынысы, жасы) әдебиеттердегі көрсеткіштермен бірдей.

Summary

PATELLA FRACTURE EPIDEMIOLOGY IN SEMEY IN 2011

O.A. Kozhakhmetov

An analysis of epidemiological situation of patella fractures in Semey in 2011 is present in the article. Main indicators (the mechanism of injury, age and gender of victims) are similar to published data.

Актуальность. Чаще всего данная патология встречается у мужчин в возрасте 30-60 лет, и первоочередной причиной являются, конечно же, травмы. Как сильные удары (в 72% случаев) так и дорожно-транспортные происшествия (в 78% случаев) являются ведущими механизмами возникновения данных переломов [1]. Первоочередным является прямой удар или падение на согнутое колено, например, "dashboardinjury" при ДТП. Частота переломов надколенника составляет около 1,5% [2].

Цель: изучить частоту переломов надколенника (ПН) в г.Семей за 2011 год.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования являются выписки из истории болезни больных травматологического отделения больницы скорой медицинской помощи г.Семей с ПН, которые поступили за период с 01.01.2011 по 31.12.2011 год. Для дальнейшего анализа были выбраны следующие параметры: пол, возраст, место работы, месяц травмы, проведенные койко-дни в стационаре, меха-

низм и вид травмы, вид повреждения и лечения надколенника.

Результаты и обсуждение: всего за 2011 год в травматологическом отделении БСМП было пролечено 1320 больных с переломами различной локализации. Больных с переломами надколенника было 24, что составило 1,8% от всех переломов. Данный показатель чуть выше литературных данных.

Больных мужского пола (n=18) было в 3 раза больше, чем женского. Средний возраст составил 50,6 лет при размахе от 20 до 84 лет, т.е. 79,2% пострадавших являются трудоспособного возраста. Интересен тот факт, что средний возраст мужчин составил 45 лет, а женщин 67,6 лет. Относительно места работы госпитализированные больные распределились следующим образом: 16,7 % больных (n=4) не работает, 37,5% (n=9) являются рабочими, 16,7% (n=4) служащие, инвалиды 2 больных (8,3%), пенсионеры 20,8% (n=5).

Распределение поступления больных с ПН в стационар в течение года представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение поступления больных с ПН в стационар в течение года.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Всего
Абс.число	4	3	1	3	3	1	0	3	2	0	2	2	24
%	16,7	12,5	4,2	12,5	12,5	4,2	0	12,5	8,3	0	8,3	8,3	100

Как видно из таблицы, определенной закономерности в сезонности ПН нет. Имеется единичные увеличения в январе.

Уличная травма преобладает (37,5%, n = 9). Далее идет бытовая 33,3% (n = 8), автодорожная – 20,8% (n=5) и производственная 8,4% (n = 2). Основным механизмом травмы является, как и в литературе [1], падение на колено 79,2% (n = 19). Остальные получили перелом надколенника в результате автокатастрофы.

Изолированные переломы надколенника составили большинство (79,2 %, n = 19). У 20,8% (n = 5) больных ПН был одним из повреждений в структуре политравмы. Среди переломов большинство (87,5%, n = 21) являются закрытыми. Открытыми являются 12,5%. По данным Соколова В.А. открытые переломы надколенника встречаются в 6-10% [3]. По локализации перелома тело надколенника повреждается в 62,5% (n = 15), нижний полюс 29,2 % (n = 7), верхний полюс – 8,3% (n = 2). По характеру - 58,4 % (n = 14) оскольчатые, поперечные 33,3% (n = 8), тангенсальные 8,3% (n = 2). Оба тангенсальных перелома были открытыми, которым проводилось только ПХО раны. У 18 больных (75%) отмечалось расхождение отломков.

Проведенные койко-дни в стационаре данной категорией больных составил от 10 до 61 дней, в среднем 21,4 дней. Это зависело от метода лечения больного. Более продолжительное лечение получали больные с политравмой.

Основным методом лечения перелома надколенника в условиях стационара является оперативный. Он применялся у 70,8% наших больных. В каждом третьем случае применялся болт-стяжка для фиксации

перелома в купе с блокировочной петлей за бугристость большеберцовой кости. У 7 больных (29,2%) при переломах нижнего полюса надколенника применялась чрескостная фиксация опять таки с блокировочной петлей. Классическая фиксация по Вебер-Мюллеру использовалась у 2 пациентов (8,3%). В среднем блокировочная петля использовалась в 88,2% операциях. Гипсовая иммобилизация применялась у больных без смещения и у одной больной с противопоказанием к оперативному лечению.

Вывод: Основные показатели (механизм травмы, пол и возраст пострадавших) переломов надколенника сходны с литературными данными. Отличие в количестве открытых переломов надколенника у нас больше на 2,5%. Основным видом лечения является оперативный (70,8%), с использованием блокировочной петли через бугристость большеберцовой кости в 88,2% фиксаций.

Литература:

1. Н.-П. Springorum, UpdatezurPatellafrakturtherapie / Н.-П. Springorum, J. Siewe, J. Dargel, G. Schiffer, J.W.P. Michael, P. Eysel / Springermedizin.de (on-line версия журнала DerOrthopäde) – режим доступа свободный - <https://docs.google.com/document/d>
2. Травматология и ортопедия, Руководство для врачей в 3 томах под редакцией члена-корр. РАМН Ю. Г. Шапошникова, М.: Медицина, 1997. - Том 3. - 623с.
3. Соколов, В.А.. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов – режим доступа – свободный: http://bone-surgery.ru/view/perelomy_nadkolennika/

УДК:616.71-001.5-616.718.72-039.4

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ПО ГОРОДУ СЕМЕЙ ЗА 2011 ГОД

А.М. Жайсанбаев

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

Резюме

В данной статье представлен анализ эпидемиологической ситуации переломов пяточной кости в г. Семей за 2011 год. Основные показатели (механизм травмы, пол и возраст пострадавших) сходны с литературными данными. Однако высок процент сложных компрессионных переломов (82,3%) и консервативного лечения гипсовой повязки без скелетного вытяжения (64,7%).

Тұжырым**2011 ЖЫЛҒЫ СЕМЕЙ Қ. БОЙЫНША ӨКШЕ СҮЙЕГІНІҢ СЫНЫҚТАРЫНЫҢ ЖИЛІГІ**

А.М. Жайсанбаев

Бұл мақалада 2011 жыл бойынша Семей қ. Өкше сүйегінің сынықтарының эпидемиологиялық жағдайының талдамасы көрсетілген. Негізгі көрсеткіштер (науқастарды жарақат механизмі, жынысы, жасы) әдебиеттердегі көрсеткіштермен бірдей. Бірақ қиын компрессиондық сынықтардың жиілігі (82,3%) және қаңқадан тартусыз гипстік таңумен консервативтік емдеу жиілігі жоғары (64,7%).

Summary**CALCANEUS FRACTURE EPIDEMIOLOGY IN SEMEY IN 2011**

А.М. Zhaysanbaev

An analysis of epidemiological situation of calcaneus fractures in Semey in 2011 is present in the article. Main indicators (the mechanism of injury, age and gender of victims) are similar to published data. However, a high percentage of compression fractures (82.3%) and conservative treatment by cast without skeletal traction (64.7%).

Актуальность. Переломы пяточной кости (ППК) встречаются не часто в 1,1-2,9% всех повреждений костей скелета [1, 2, 3], они составляют 50 % от всех переломов костей стопы [4, 5, 6]. В 15% случаев имеется двустороннее повреждение, а в 25% сопровождается каскадными повреждениями костей скелета [7]. Процент первичной инвалидности пациентов с последствиями травм стопы и голеностопного сустава, а так же только последствий ППК относительно всех случаев первичной инвалидности из-за травм составил 9,42% и 1,76% соответственно [8]. Поэтому проблема лечения ППК все еще остается актуальной и далекой от своего логического решения.

Цель: изучить частоту переломов пяточной кости в г.Семей за 2011 год.

Материалы и методы исследования: материалом исследования являются выписки из истории болезни больных травматологического отделения больницы скорой медицинской помощи г.Семей с ППК, которые поступили за период с 01.01.2011 по 31.12.2011 год. Для

дальнейшего анализа были выбраны следующие параметры: пол, возраст, место работы, месяц травмы, проведенные койко-дни в стационаре, механизм и вид травмы, вид и сторона повреждения пяточной кости, кем доставлен и вид лечения.

Результаты и обсуждение: всего за 2011 год в травматологическом отделении БСМП было пролечено 1320 больных с переломами различной локализации. Больных с переломами пяточной кости было 17, что составило 1,3% от всех переломов. Данный показатель соответствует литературным данным.

Все больные были мужского пола (n=17). Средний возраст составил 36,6 лет при размахе от 16 до 54 лет, т.е. 94% пострадавших являются трудоспособного возраста. Однако 41,2 % больных (n=7) не работает, 29,5% (n=5) являются рабочими, 17,5% (n=3) управляющими и инженерами, по одному ученику и инвалиду (5,9%).

Распределение поступления больных с ППК в стационар в течение года представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение поступления больных с ППК в стационар в течение года.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Всего
Абс. число	1	0	1	1	1	1	2	3	2	1	1	3	17
%	5,9	0	5,9	5,9	5,9	5,9	11,8	17,5	11,8	5,9	5,9	17,5	100

Как видно из таблицы, определенной закономерности в сезонности ППК нет. Имеется единичные увеличения в августе и декабре.

Бытовая травма преобладает (47%, n = 8). Далее идет уличная 35,3% (n = 6), производственная 17,7% (n = 3), причем одна из них была производственная автодорожная травма. Основным механизмом травмы является, как и в литературе [9], падение с высоты 88,2% (n = 15). Причем в данную категорию внесены не только те, кто упал с крыши или лестничного приема, но и те, кто упал на дно колодца. Трое больных спрыгнули с крыши с суицидальной целью. Далее по одному больному, которого избili неизвестные и после ДТП.

Первичному осмотру в травматологическом пункте подверглись 53 % (n = 9) больных, остальные доставлены в стационар «скорой помощью».

Изолированные переломы пяточной кости составили 53 % (n = 9). У 47% (n = 8) больных ППК была одним из повреждений в структуре политравмы. Среди переломов большинство (82,3%, n = 14) являются сложными (оскольчатый и компрессионный) и только 17,7% (n = 3) являются без смещения. Какой-либо прерогативы в повреждении правой или левой пяточной кости не обнаружено. Правая сторона повреждалась в 41,2 % (n = 7), левая – 47% (n = 8), обе – 11,8% (n = 2).

Проведенные койко-дни в стационаре данной категории больных составил от 6 до 35 дней, в среднем 15,5 дней. Это зависело от метода лечения больного.

Основным методом лечения ППК являлся консервативный 64,7% (n = 11). Только один пациент прошел полный курс скелетного вытяжения с последующим наложением гипсовой повязки. Все остальные либо отказались от оперативного лечения, скелетного вытяжения, либо нарушали стационарный режим с последующей досрочной выпиской из стационара. У других 6 больных применялся оперативный метод фиксации перелома - чрескостный остеосинтез. Это объясняется тем, что в клинике нет наkostных пластин для лечения ППК.

Вывод: частота и характер повреждения пяточной кости в г.Семей соответствует данным литературы. Однако учитывая тот факт, что 82,3% переломов имеют сложный характер с компрессией отломков и 64,7% больных пролечено консервативно, что не соответствует мировым тенденциям лечения данного вида повреждения. Необходимо пересмотреть тактику лечения ППК в условиях травматологического отделения БСМП для улучшения качества жизни этой категории граждан.

Литература:

1. Дрягин В.Г. Диагностика и лечение нестабильных переломов пяточной кости. Автореф. на соиск. степ. канд. мед. наук. Уфа, 2004.

2. Калашник А.Д. Оскольчатые внутрисуставные переломы пяточной кости. Вестн. Хирургии им. И.И. Грекова. 1988. Т. 141, №9, с.77-80.

3. Халиков Р.А. Комплексное хирургическое лечение переломов пяточной кости. Дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. -1992

4. Coughlin M. J., Mann R.A., Salzman C.L. Surgery of the foot and ankle. -8th ed., Vol.11, p 2061, 2007.

5. Изилов А.И. Наш опыт консервативного лечения переломов пяточной кости. Ортопедия, травматология и протезирование. 1991.- №10, с.46-47.

6. Кошкарева З.В. Лечение переломов пяточной кости и их последствий - Дис. канд. мед. наук. - Иркутск, 1979,- 263 с.

7. П. Никитин. Внутрисуставные переломы пяточной кости / Материалы научно-практической конференции с международным участием «Малоинвазивные технологии в травматологии и ортопедии» - Киев - 11-12 ноября 2010г.

8. Мирошникова Е.А. Лечение больных с отдаленными последствиями переломов пяточной кости: автореф. дис...канд.мед.наук:14.00.22 / Мирошникова Екатерина Александровна. – Москва, 2009.-74 с.

9. Забанов С.Д. Лечение компрессионных переломов пяточных костей / С.Д. Забанов, С.Н.Редков, Д.Б. Кихтенко, Г.Г. Балагурова, В.Н. Алексеев, М.В. Ширкин // Травма. – 2010. – Т.11, №2. – с.174-177.

УДК 616.71-007.23+615.844.6

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ С КАРИПАЗИМОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

¹Р.М. Жумамбаева, ²К.А. Тулеуов, ³Л.Б. Дюсенова,
⁴Д.К. Кожаметова, ⁵З.Л. Алимбекова, ⁶З.И. Мынжанова

Государственный медицинский университет города Семей^{1,3,4},
Поликлиника «Хаким», г. Семей^{2,5}, «Военный госпиталь г. Аягуз», г. Аягуз⁶

Резюме

Методом электрофореза авторы в своей работе изучали клиническую эффективность протеолитического фермента карипазима в комплексном лечении больных остеоартрозом коленных суставов. При этом в основной группе отмечено значительное улучшение функционального состояния суставов. Все больные отметили хорошую переносимость. Побочных эффектов при лечении карипазимом не отмечалось.

Тўжырым

ДЕФОРМАЦИЯЛАНҒАН ОСТЕОАРТРОЗДЫ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЖӘНЕ КАРИПАЗИММЕН ЖҮЙЕЛІ ЕМДЕУ

Р.М. Жумамбаева, К.А. Тулеуов, Л.Б. Дюсенова, Д.К. Кожаметова, З.Л. Алимбекова, З.И. Мынжанова

Электрофорез әдісі ретінде авторлар өз жұмыстарында тізе буынының остеоартроз ауруының жүйелі емінде протеолитикалық фермент карипазиманың клиникалық эффективтілігін зерттеді. Зерттеу жүргізілген негізгі топтарда буындардың функционалды жағдайының жақсарғаны анықталды. Барлық науқастар жақсы төзімділікті атап өтті. Карипазиммен емдегенде жағымсыз әсерлер байқалған жоқ.

Summary

ELECTROPHORESIS WITH KARIPOZIM IN A COMPLEX TREATMENT OF DEFORMING OSTEOARTROSIS

R.M. Zhumambayeva, K.A. Tuleyov, L.B. Dyusenova, D.K. Kozhahmetova, S.L. Alimbekova, Z.I. Mynzhanova

Autors in their works studied with a method – electrophoresis the clinical efficiency of proteolytic enzyme karpazim in a complex treatment of patient with a osteoarthritis of knee joints. The significant improvement of functional state of joints was marked in the basic group. All patients are noticed a good tolerance. Site effects during treatment with karpazim didn't noticed.

Остеоартроз - довольно распространенная болезнь суставов. 10-12% населения страдает указанным заболеванием, причем заболеваемость растет с возрастом. Как правило, после 80 лет у каждого человека можно

обнаружить признаки деформирующего артроза крупных суставов и остеохондроза позвоночника.

Риск утраты трудоспособности в связи с ОА так же велик, как при сердечно - сосудистой патологии, и выше, чем при любых других заболеваниях[1,2,5].

В настоящее время остеоартроз (ОА) включает в себя гетерогенную группу заболеваний различной этиологии, в основе которых лежит поражение всех компонентов суставов, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и периартикулярных мышц. Актуальность проблемы для практических врачей заключается в том, что дегенеративно-дистрофические заболевания суставов нижних и верхних конечностей наиболее частая патология, с которой обращаются пациенты в поликлинику. При этом болевой синдром имеет такое многообразное проявление, что данной проблемой занимаются врачи различных специальностей: ортопеды-травматологи, терапевты, хирурги, невропатологи, урологи, гинекологи, ревматологи. В связи с высокой распространенностью ОА и инвалидизацией пациентов данное заболевание было внесено экспертами ВОЗ в число приоритетных направлений Костно-мышечной декады 2001-2010гг. (Женева, 1999г.) [3]: Ранняя инвалидизация обуславливает необходимость поиска новых эффективных методов лечения данной патологии (6). Как известно, лечение деформирующего остеоартроза должно быть комплексным и направлено на устранение факторов, способствовавших развитию заболевания, предотвращение прогрессирующей дегенерации суставного хряща, уменьшение болевых ощущений, ликвидацию явлений вторичного синовита и улучшение функции сустава. Следует отметить, что немаловажное значение при этом имеют методы местного воздействия на пораженные суставы. В этой связи, в последние годы внимание клиницистов привлек ферментный препарат карипазим, который характеризуется протеолитической активностью широкого спектра. В состав препарата входят три протеолитических фермента (папаин, химопапаин, протеиназа) и муколитический фермент - лизоцим, содержащиеся в своих активных центрах сульфгидрильные группы.

Лечебный эффект данного лекарственного средства основан на положительном влиянии протеолитических ферментов на коллагеновые хрящевые ткани. В связи с тем, что из этих тканей состоят межпозвоночные диски и, соответственно, межпозвоночная грыжа, то это средство нашло широкое применение в комплексном лечении межпозвоночных грыж при больших межпозвоночных пролапсах грудного и поясничного отделов позвоночника. Эффективность этой методики подтверждена успешной практикой в Центральном НИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова (ЦИТО), в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, в Омской ГМА Росздрава (4). Очевидно, что необходимо дальнейшее изучение этого вида лечения, так как недостаточно информации об использовании этих протеолитиков в лечении остеоартрозов, практически отсутствуют рекомендации по отбору больных, нет обоснованных рекомендаций по способам применения и продолжительности лечения карипазимом, за исключением запатентованной методики В.Л. Найдина.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности карипазима в комплексном лечении остеоартроза. Обследовано 18 больных ОА в возрасте от 51 до 72 лет (10 женщин и 8 мужчин). Диагноз ОА верифицирован по критериям, разработанным Беневоленской А.И. и др. в 1993 г., учитывались как клинические, так и рентгенологические признаки болезни. Тяжесть ОА оценивали по индексу Leguesne в баллах, в

исследование брались больные с гоноартрозом со слабой и средней степенью тяжести. Карипазим вводился методом электрофореза с положительного полюса. В течение 20 дней 1 флакон карипазима разводили в 10 мл физиологического раствора непосредственно перед процедурой. В раствор добавляли 2-капли Димексида. Раствор наносили на фильтровальную бумагу белого цвета, размещенную на прокладках электрода (размеры электрода-прокладки 10 x 15 см.). Время экспозиции от 8 минут, с последующим увеличением до 20 минут к третьей процедуре.

Сила тока увеличивалась также плавно от 7 до 15 мА. Состояние больных оценивали дважды: до и после лечения — через 20 суток.

В качестве фоновой терапии все больные получали хондропротекторы, витамины, сеансы лечебной физкультуры, массаж.

Контрольную группу составили 17 больных, которые получали только фоновую терапию. При анализе полученных результатов лечения, более выраженные положительные сдвиги выявлены в группе больных, получавших карипазим. Эффект от проводимой терапии проявлялся после 6-8 процедур. Положительная динамика суставного синдрома складывалась из уменьшения болевого синдрома в пораженных суставах, увеличения объема пассивных и активных движений в суставах, а также уменьшения времени скованности в пораженных суставах. Отмечены достоверные изменения таких клинических симптомов заболевания, как выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в см (с 6,33 до 2,17), окружность сустава в см (с 39,9 до 32,76), максимальная дистанция при ходьбе без боли, утренняя скованность. Болезненность суставов по Ричи при использовании карипазима снизилась с 2,54 балла до 1,07 баллов. В основной группе отмечено значительное улучшение функционального состояния суставов. Все больные отметили хорошую переносимость. Побочных эффектов при лечении карипазимом не отмечалось.

Таким образом, применение электрофореза с карипазимом у больных с остеоартрозом имеет выраженный положительный эффект и может использоваться в комплексном лечении больных для более быстрого достижения клинической ремиссии заболевания. Методика лечения является безопасной для применения, как в стационарах, так и амбулаторно.

Литература:

1. Насонов Е.Л. Применение моноклональных антител к фактору некроза опухоли-альфа в ревматологии: новые факты и идеи. Рус. мед. журн. 2004; 12, 20 (220): 1123.
2. Kennet D, Brandt MD. Diagnosis and non surgical management of osteoarthritis. Published by professional communications, inc. 2000.
3. WHO. Department of noncommunicable disease management. Low back pain initiative. Geneve, 1999.
4. Белова А.Н. Нейрореабилитация - Москва, 2000-568с
5. Бунчук Н.В. Диагностические критерии остеоартроза коленного сустава. Consilium Medicum 2002; 4 (8): 396-9.
6. Лучихина Л.В. Артроз, ранняя диагностика и патогенетическая терапия. М.: НПО "Медицинская энциклопедия" РАМН, ЗАО "ШИКО", 2001. »).

УДК 617.572-001.5-053.2-08

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

А.Е. Курмангазина

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

БАЛАЛАРДАҒЫ ИЫҚ СҮЙЕГІНІҢ ДИАФИЗАРЛЫ СЫНЫҒЫН КОНСЕРВАТИВТІ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

А.Е. Курмангазина

Жалғыз иық сүйегі сынған 38 балаға репозиция жасалғаннан кейін 4 және 6-8 тәуліктерде бақылау рентгенограммасы жасалған. Иық сүйегі сынған барлық балаларға консервативті ем жүргізіліп, нәтижесі жақсы және өте жақсы көрсеткіштерді көрсеткен, алайда стационарда емделу мерзімі орташа 3 аптаны құраған.

Summary

БАЛАЛАРДАҒЫ ИЫҚ СҮЙЕГІНІҢ ДИАФИЗАРЛЫ СЫНЫҒЫН КОНСЕРВАТИВТІ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

А.Е. Курмангазина

Fractures of the humerus in children account for 4-10% of all fractures. 38 patients with isolated fracture of the humerus after repositioning the control radiograph performed at 4 and 6-8 per day. All children with diaphyseal fractures of the humerus held conservative treatment. The results were assessed well and good, but the average stay in hospital is poor.

Диафизарные переломы плеча у детей являются одним из часто встречающихся и составляют от 4 до 10% от общего числа переломов плечевой кости у детей. (1,2,3,4,5)

Многие детские травматологи придерживаются консервативных методов лечения, как малотравматичных и лишенных осложнений связанных с операцией. (6).

За период 2008 – 2011 год в детском хирургическом отделении МЦ ГМУ г.Семей было пролечено с изолированным диафизарным переломом плеча 38 больных что составило (15,1%) всех травматологических больных.

По характеру перелома: - Закрытые переломы плеча с косым смещением отломков -21 детей; - Закрытые переломы плеча с поперечным смещением – 8 детей; - Закрытые переломы плеча с допустимым смещением – 5 детей; - Закрытые переломы плеча без смещения костных отломков – 4 детей.

После уточнения диагноза 9 больным с диафизарными переломами плечевой кости с допустимым смещением и без смещения костных отломков была наложена иммобилизирующая гипсовая лангета от здоровой лопатки до основания пальцев кисти, при согнутом под прямым углом предплечья. После спадения отека на 6-8 сутки производили контрольную рентгенографию, при отсутствии смещения или с допустимым смещением подбинтовывали конечность гипсовыми бинтами, накладывалась циркулярная повязка. Иммобилизация конечности зависела от возраста детей, от 21 до 28 дней. В дальнейшем повторное наблюдение осуществлялось через 1, 3, 6 месяцев. Отдаленные результаты изучены у 3 больных. Результаты лечения оценены как отличные и хорошие.

Лечение у 29 больных с полным смещением костных отломков применен способ консервативного лечения путем вытяжения по оси плеча по Колдуэллу. Накладывали циркулярную гипсовую повязку от плечевого сустава до головок пястных костей с вгипсованными проволочными кольцами в области локтевого отростка и лучевой поверхности запястья. В подмышечную область помещают ватно-марлевый валик, чтобы придать конечности отведение в 30-40. В основе метода лежит постоянное вытяжение. В вертикальном положении больного вытяжение осуществляется за счет массы повязки, а в горизонтальном - с помощью тяги за кольцо в области локтевого сустава.

Детям от 5 до 10 лет бывает достаточно груза около 2-3 кг, в более старшем возрасте - до 4 кг. При любой

локализации перелома плечевой кости необходимо следить, чтобы ребенок во время вытяжения периодически менял положение в постели на спине и на боку во избежание нарушения трофики кожи в области большого вертела. Через 3 суток проводили контрольную рентгенографию, при сопоставлении отломков предельно уменьшили груз до величины, уравнивающей вес конечности ребенка. Метод скелетного вытяжения при диафизарных переломах плечевой кости у детей легко реализуется и дает безукоризненный результат, он находит широкое применение как у детей с косыми и винтообразными переломами, так и с поперечными. Даже у детей старшего возраста для сращения перелома требуется 3-4 недели. Неудовлетворительные исходы при использовании этого метода не наблюдались. Средний срок пребывания в стационаре при вытяжении составлял 2-3 недели.

Наши наблюдения свидетельствуют, что основным методом при диафизарных переломах плечевой кости являются консервативные методы. Необходимо отметить, что консервативные методы лечения диафизарных переломов плечевой кости у детей имеют хорошие результаты, но экономическая сторона при учете средние сроки пребывания в стационаре оставляют желать лучшего.

Выводы: необходимо совершенствовать консервативные методы лечения переломов у детей, учитывая сроки сокращения пребывания в стационаре.

Литература:

1. Ормантаев К.С., Марков Р.Ф. Детская травматология // Алма-Ата, 1978. – 262 с.
2. Ерекешов А.Е. Консервативные методы лечения диафизарных переломов плечевой кости у детей // Травматология және ортопедия.-2002.-№1.-С.32-33.
3. Hefti, F. Pediatric orthopedics in practice / F. Hefti. – Berlin ; Heidelberg : Springer-Verlag, 2007.
4. Попсуйшапка А.К. Функциональное лечение диафизарных переломов костей конечности // Автореф. дис. кан. мед. наук. Киев, 1991
5. Кузьмин В.П., и др. Монолатеральный малоинвазивный остеосинтез диафизарных переломов плеча у детей // Травматология и ортопедия России.- 2012.-№1.- С.94-97.
6. Leung, K.-S. Practice of intramedullary locked nails / K.-S Leung, G.Taglang. R.Shnettler, - Berlin; Heidelberg: Springer – Verlag, 2007
- 7.

УДК 616.9-073.755

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ САКРОИЛЕИТА ПРИ ПОДОСТРОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

Л.А. Муковозова, Ш.А. Кулжанова, И.В. Избасарова, З.А. Адильханова, С. Арчабаева

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

Проведенные исследования показали, что сакроилеит при современном течении подострого бруцеллеза проявляется характерными клиническими признаками и рентгенологическими изменениями, которые могут служить критериями для своевременной диагностики подострого бруцеллеза с очаговостью в виде сакроилеита.

Тұжырым**САКРОИЛЕИТТИ КЛИНИКО - РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ ӘСЕР ЕТУЛЕР ЖІТІЛЕУ БРУЦЕЛЛЕЗІНДЕ**

Л.А. Муковозова, Ш.А. Кулжанова, И.В. Избасарова, З.А. Әділханова, С. Арчабаева

Откізілген зерттеулер сакроилеит тән клиникалық белгілер және сакроилеитті түрдегі ошақтылығы бар жітілеу бруцеллезінің дер кезінде диагностикасы үшін белгілермен қызмет көрсете алатын рентгенологиялық өзгерістермен жітілеу бруцеллезінің қазіргі ағымында айқындалатынын көрсетті.

Summary**CLINICAL AND RADIOGRAPHIC MANIFESTATIONS OF SACROILIITIS IN SUB ACUTE BRUCELLOSIS**

L.A. Mukovozova, S.A. Kulzhanova, I.V. Izbasarova, Z.A. Adilhanova, S. Archabaeva

Studies have shown that at the present sacroiliitis in subacute brucellosis are manifested typical clinical signs and radiographic changes, which can serve as criteria for the timely diagnosis of subacute brucellosis foci in the form of sacroiliitis.

Среди многообразных поражений костно-суставной системы при бруцеллезе сакроилеты составляют 11-42% случаев [1, 2, 3]. По мнению Н.В. Антеловой (1954), столь частое вовлечение крестцово-подвздошного сочленения в патологический процесс при бруцеллезе имеет определенное диагностическое значение, поскольку наличие сакроилеита позволяло безошибочно диагностировать бруцеллез.

Известно, что морфологической основой сакроилеитов при бруцеллезе является воспаление различного характера, обусловленного стадией развития заболевания. В начальном периоде бруцеллеза преобладают экссудативные признаки, а по мере развития заболевания появляются наиболее свойственные для бруцеллеза воспалительно-продуктивные процессы с крупноклеточной инфильтрацией. Кроме этого, при бруцеллезе наблюдались и гнойные сакроилеиты [4, 5]. Однако, рентгенологические изменения сакроилеитов при бруцеллезе освещены в работах лишь прошлых лет [6, 7, 8]. В связи с этим представляет определенный интерес изучение клинических и, рентгенологических проявлений бруцеллезных сакроилеитов в современных условиях.

Цель работы - выяснить частоту и клинико-рентгенологические проявления сакроилеита при современном течении подострого бруцеллеза.

Под нашим наблюдением находилось 204 больных подострым бруцеллезом, среди которых у 30 (14,7%) больных установлено поражение крестцово-подвздошного сочленения. Среди этих больных преобладали мужчины (19 человек), женщин было 11. Возраст больных колебался от 17 до 53 лет. Давность заболевания у больных (24 пациента) составляла 3-6 месяцев. Диагноз бруцеллеза поставлен на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных (бактериологическое исследование крови и серологические реакции).

У всех больных работа была связана с сельскохозяйственными животными (чабаны, скотники, доярки и др.) и продуктами животного происхождения (работники мяскокомбината).

Клинические наблюдения показали, что у больных подострым бруцеллезом (21 чел.) отмечалось преимущественно одностороннее поражение сакроилеального сочленения, причем чаще справа. Сакроилеит, как единственная очаговость подострого бруцеллеза, наблюдался у 18 больных. У 12 больных клинические проявления сакроилеита сочетались с поражением крупных суставов (6 человек) в виде моно- или полиартрита (преимущественно тазобедренных, коленных и голеностопных), спондилоартрита (2 чел.), орхита и орхоэпидидимита (3 чел.) и у одного больного с признаками плече-лопаточного периартрита и миокардита.

У большинства больных (18 чел.) наблюдалось постепенное начало. Однако клинические проявления сакроилеита нарастали быстро и к 3-4 дню болезни были достаточно выраженными. Основным клиническим признаком сакроилеита у всех больных подострым бруцеллезом была боль в области пораженного сочленения, причем почти у половины больных (14 человек) боль была интенсивной, усиливалась при движении, что нарушало функции нижних конечностей. У 27 больных при пальпации области пораженного сочленения определялась болезненность, припухлость и положительный симптом Б.П. Кушелевского.

Клинические проявления сакроилеита, как правило, сопровождалось наличием других симптомов, характерных для подострого бруцеллеза (лихорадка преимущественно субфебрильного типа продолжительностью чаще 2-4 недели, реже - 2-3 месяца, ознобы, потливость, микрополиаденит, увеличение чаще печени, реже - селезенки). Синдром интоксикации проявлялся слабостью (20 человек), головной болью (9 чел.), нарушением сна (6 чел.) и снижением аппетита (5 чел.). У 28 больных отмечались боли в суставах преимущественно коленных, тазобедренных и голеностопных.

При рентгенологическом исследовании крестцово-подвздошных сочленений, проведенных у 15 больных, изменения на рентгенограммах выявлены лишь у 4 больных: у одного больного определялась потеря четкости контуров суставных поверхностей сочленений, у одного пациента имело место расширение суставной щели крестцово-подвздошного сочленения и узурация

суставных поверхностей с наличием зон склероза вокруг узур и у 2 больных обнаружено сужение суставной щели с явлениями костного анкилоза. Следует отметить, что наиболее выраженные изменения крестцово-подвздошных сочленений на рентгенограммах определялись у больных с давностью заболевания 4 месяца и более. При этом среди исследованных больных не наблюдались сакроилеиты гнойного характера.

Изменения периферической крови, характерные для бруцеллеза, отмечены лишь у части больных в виде лейкопении (4 чел.) и относительного лимфоцитоза (11 чел.). СОЭ оставалась в пределах нормальных показателей и только у 4 больных колебалась от 29 до 55 мм/час.

Наши наблюдения показали, что даже при наличии характерных клинических проявлений и эпидемиологических данных, диагностика подострого бруцеллеза с преимущественным поражением крестцово-подвздошного сочленения осуществляется в поздние сроки от начала заболевания, что, как правило, связано с ошибочной диагностикой, несмотря на раннее обращение больных за медицинской помощью. Так, диагноз подострого бруцеллеза с очаговостью в виде сакроилеита лишь у 3 больных был поставлен в течение первых двух недель заболевания, а у остальных больных – значительно позже (от 2 до 4 месяцев от начала заболевания). Среди ошибочных диагнозов в условиях поликлиники были радикулит, ишиас, коксит и др.

Таким образом, проведенные исследования показали, что сакроилеит при современном течении подострого бруцеллеза проявляется характерными клинически-

ми признаками и рентгенологическими изменениями, которые могут служить критериями для своевременной диагностики подострого бруцеллеза с очаговостью в виде сакроилеита.

Литература:

1. Антелова Н.В. Хирургические формы бруцеллеза (клиника, диагностика, лечение). – Москва, 1954.
2. Яровой Л.В. Диагностика бруцеллеза овечьего козьего вида у человека // Клиническая медицина. – 1970. – Т.48. – №2. – С. 103-111.
3. Белозеров Е.С. Бруцеллез. – М.: Медицина, 1985. – 183 с.
4. Гемес И.Х. К вопросу о клинико-рентгенологической картине бруцеллезных сакроилеитов // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1960. – №2. – С.20-24.
5. Курманова К.Б., Дуйсенова А.К. Бруцеллез: Клинические аспекты. – Алматы, 2002. – С. 125-126.
6. Фролов В.А. К рентгенологической диагностике поражений крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника у больных хроническими формами бруцеллеза // Клиническая медицина. – 1956. – Т.34, №3 – С. 82-87.
7. Зедгенидзе Г.А., Грацианский В.П., Сивенко Ф.Ф. Бруцеллезные поражения костно-суставного аппарата // Рентгенодиагностика костно-суставного туберкулеза. – М.: Медицина, 1958. – С.81-83.
8. Чепой В.М. Диагностика и лечение болезней суставов. – М.: Медицина, 1990. – С.142-145.

УДК 616.24-002.5-053.6-08

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ СТРАДАЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Г.Ж. Ережепова

КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер», г. Семей

Тұжырым

ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗИНІҢ ДӘРІГЕ ТӘЗІМДІ ТҮРІМЕН АУЫРАТЫН ЖАСӨСПІРМДЕРДІҢ МИНЕЗДЕМЕСІ

Г.Ж. Ережепова

Біздің аурулардың ішінде біріншілік дәріге тәзімділік басым болып, 72% пайыз құрды. Өкпе туберкулезінің клиникалық формаларының ішінде инфильтративті өкпе туберкулезі 96% пайыз болды. 50 аурудың ішінде 36 ауру дәріге тәзімді туберкулезбен ауыратын аурумен тығыз жанұялық қарым-қатынаста болғаны анықталған.

Summary

THE CHARACTERISTIC OF ADOLESCENTS WITH MULTIDRUG RESISTANCE TUBERCULOSIS

G.Zh. Erezhepova

The data are presented 50 adolescents with multidrug resistance tuberculosis. M. tuberculosis were detected in the sputum of 30 (60%) adolescents. 48 untreated patients demonstrated primary drug resistance (76%). 36 patients had a close-fitting household contact with sick by multidrug resistance pulmonary tuberculosis.

По данным А.Г Хоменко лекарственная устойчивость у впервые выявленных больных определена в 50,1% случаев, при рецидивах - в 81,2% случаев, у хронически больных - в 90,2%. Наиболее неблагоприятно наличие у больных устойчивости МБТ к активным противотуберкулезным препаратам - изониазиду и рифампицину. В настоящее время наиболее значимым критерием является показатель мультирезистентности туберкулеза, а не резистентности вообще.

Наличие резистентного туберкулеза затрудняет лечение больных туберкулезом, эффективность терапии ниже, а экономические затраты большие. Течение туберкулеза у подростков имеет своеобразное течение в связи с психофизиологическими особенностями имеющиеся в данном периоде. Характер течения процесса определяется не только массивностью инфекции, длительностью контакта, но и состоянием неспецифической реактивности организма. При своевре-

менном выявлении раннем начале лечения состояние гомеостаза носит адаптационный и сбалансированный характер. Однако компенсаторные возможности этих систем организма подростков уменьшаются при длительном течении заболевания, нарушается сбалансированность систем гомеостаза, что ведет к снижению адаптационных возможностей организма. В последние годы среди подростков, так как и среди взрослых возрастает число больных с мультирезистентным туберкулезом легких.

Цель работы: Определение частоты первичной и вторичной лекарственной резистентности, течения и эффективности лечения туберкулеза у подростков.

Материалы и методы

Материалом служило истории болезни 30 больных пролеченных в РПТД. Исследование включала анкетирование, клинические аспекты, исследование мокроты методом люминесцентной микроскопии, посевы на питательные среды с определением лекарственной чувствительности МБТ.

Результаты и их обсуждение

Данные проведенного исследования основаны на наблюдении за 50 подростками с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких пролеченных в течение последних 5 лет (2006-2011г.г.) в стационаре РПТД №2 г. Семей. Из 50 подростков, находившихся на стационарном лечении по поводу лекарственно-устойчивого туберкулеза легких, у 50 больных (60%) методом бактериоскопии обнаружены МБТ, а у 20 (40%) МБТ обнаружены методом посева. Так, в настоящее время 2/3 подростков с распространенным легочным туберкулезом выделяют МБТ, однако проблема заключается не только факте бактериовыделения, но и в росте лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Лекарственная устойчивость определена у 36 подростков, с впервые выявленным туберкулезом легких, ранее не получавших специфическое лечение. Следовательно, первичная лекарственная устойчивость имеется в 72% случаев от всех больных. У 14(28%) больных имеется вторичная лекарственная устойчивость, это больные, повторно заболевшие туберкулезом легких.

Среди 50 больных, только у 4 подростков установлена резистентность к 3 препаратам - H,R,S; это составляет 8% случаев от всех, у остальных (46 больных) имеется устойчивость к 4 препаратам-H,R,S,E; что составляет 92% случаев от всех больных – подростков с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких. Большой удельный вес больных с первичной лекарственной устойчивостью говорит о том, что имеется большой резервуар лекарственно-устойчивых штаммов МБТ в природе и источников заражения с мультирезистентным туберкулезом. В структуре клинических форм на 1 месте остаётся инфильтративный туберкулез легких, который составил 96% (48 больных), только у одного больного туберкулезный плеврит (2%), а у одного больного сочетание туберкулезного плеврита с туберкулезным лимфаденитом (2%). Таким образом, по клиническим формам среди подростков

преобладает вторичные клинические формы, которые представлен инфильтративным туберкулезом легких, имевший у большинства больных распространённый характер в виде лобитов, характеризующийся острым началом с ярко выраженными клиническими проявлениями и быстрым развитием деструктивных изменений.

Данные о контактах подтверждают важную роль эпидемиологического фактора. Тесный семейный контакт выявлен 36 подростков (72% случаев) при том, это контакт с больными мультирезистентными формами туберкулеза легких. В 28% случаев(14 подростков) не представилось возможности выявить источник инфицирования. Исходя из этих данных, необходимо усилить комплекс противотуберкулезных мероприятий, проводимых в очаге, особенно в очаге мультирезистентного туберкулеза.

Больные получали лечение по категориям, согласно стратегии ДOTS. После получения данных о чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам, они переводились на лечение в режиме DOTS+ т.е. лечение препаратами второго ряда. У всех больных отмечалась положительная динамика: конверсия мазка наступила через 2-3 месяца, клинические улучшения состояния отмечалось через 2-3 месяца от начала лечения. Значительное рассасывание инфильтративных изменений выявлено к 4 месяцу, полости распада закрылись к 4,5-5 месяцу от начала лечения. Несмотря на наличие лекарственной устойчивости, с учетом положительной клинико-рентгенологической динамики, 5 подростков завершили лечение препаратами первого ряда. В ходе лечения только у одной больной отмечалось неблагоприятный исход: на 8 месяце лечения препаратами второго ряда наступило ухудшение: вновь стала бактериовыделителем, выявлена ухудшение процесса при рентгенологических обследованиях. У данной больной установлена широкая лекарственная устойчивость (суперрезистентность). Больная переведена на лечение препаратами третьего ряда.

В результате комплексного лечения удалось добиться благоприятных результатов при наличии лекарственно-устойчивого туберкулеза. Необходимо отметить, что положительная динамика у больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом наступает быстрее, если больной получает химиотерапию с учетом лекарственной чувствительности МБТ.

Литература:

1. Овсянкина Е.С. Актуальные проблемы противотуберкулезной помощи детям и подросткам // Пробл. туб. и болезней легких. – 2009.-№1.- С. 3-5.
2. Мейснер А.Ф., Овсянкина Е.С. Выявление туберкулеза у подростков в Москве// Пробл. туб. и болезней легких. – 2009. -№1. – С.40-45
3. Игембаева К.С, Игембаева Р.С., Селиханова Н.К. и др. Характеристика больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких//Наука и здравоохранение.-2010.-№4.- С. 80.

УДК 616-002.5-06/-036.2-07

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ СОЦИАЛЬНО - ОТЯГОЩЕННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

К.С. Игембаева, Н.Б. Нургалиев С.М. Дутбаева, Г.К. Дюсембекова, К.А. Ешмухамбетова,
Ж.Ж. Тынымбаева, Н.Ж. Елемесова, А. Шалапутова

Тұжырым

ӘЛЕУМЕТТІК ЖАҒДАЙЛАРЫ ТӨМЕН ТОПҚА ЖАТАТЫН АДАМДАР АРАСЫНДАҒЫ ТЫНЫС АҒЗАЛАРЫ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ

К.С. Игембаева, Н.Б. Нургалиев, С.М. Дутбаева, Г.К. Дюсембекова, К.А. Ешмухамбетова,
Ж.Ж. Тынымбаева, Н.Ж. Елемесова, А. Шалапутова

Өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерінен инфильтративті туберкулез жиі (47,5%) кездесті, өкпелерінде каверна бар аурулар 38,8% жиілікпен, ал туберкулез құртын қақырықпен шығаратындар 65,6% пайызды құрады. Комплексі жүргізілген емдеудің нәтижесінде өкпедегі каверна аурулардың 74,2%-ын, ал туберкулез құртын қақырықпен шығаруды тоқтатқандар 84,8% пайызды құрады.

Summary

CLINICAL STRUCTURE OF THE TUBERCULOSIS ORGAN BREATHINGS AMONGST SOCIAL - BURDENED GROUPS OF THE POPULATION

K.S. Igembayeva, N.B. Nurgaliyev, S.M. Dutbayeva, G.K. Dyusembekova, K.A. Eshmuhambetova,
Zh.Zh. Tynymbayeva, N.ZH. Elemesova, A. Shalaputova

Among clinical forms of a tuberculosis easy prevailed (47,5%) infiltrative the form, destructive in easy is revealed at 38,8% of cases, and bacterioexcretion at 65,6% of cases. As a result of the lead (carried out) complex treatment closing of a cavity of disintegration has come (stepped) at 74,2% of patients, and the termination (discontinuance) bacterioexcretions at 84,8% of cases.

Заболеемость туберкулезом органов дыхания в Семипалатинском регионе, как и в целом по Республике, остается напряженной. Заболеемость туберкулезом мужчин не снижается (1-3).

Цель нашего исследования изучение клинической структуры, социального портрета и эффективности результатов лечения у мужчин, страдающих туберкулезом органов дыхания.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 160 мужчин с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания в возрасте от 18 до 75 лет, находившихся на лечении в Региональном противотуберкулезном диспансере.

Программа обследования включала данные клинических, бактериологических и рентгенологических методов. Эффективность лечения оценивали по прекращению бактериовыделения, закрытию деструктивных изменений в легочной ткани и по положительной динамике клинических проявлений. Лечение мужчин с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания осуществлялось этиотропной терапией включающим использование адекватных схем и режимов химиотерапии в сочетании с патогенетическими средствами.

Результаты и обсуждение. Из 160 человек лица от 18 до 30 лет составили 30,6%, 31-40 лет - 31,9%, 41-50 лет - 20,0%, 51-60 лет - 9,4%, старше 60 лет - 8,1%. Как видно из вышеизложенных данных, заболевают туберкулезом лица трудоспособного возраста (18-50 лет), составившие 82,5% от всех больных. Подавляющее большинство пациентов имели среднее образование (81,2%). По социальному составу среди заболевших не работающие составили 66,3%. Каждый третий пациент из числа работающих имел рабочую специальность (16,9%), учащиеся и служащие составили по 6,3%, а пенсионеры - 4,4%. Более чем у половины (54,4%) пациентов жилищно-бытовые условия были удовлетворительными. Туберкулез легких был выявлен при обращении у 61,9% больных.

Среди заболевших мужчин у 34,4% случаев имелись зарегистрированные туберкулезные контакты. Наиболее часто встречающимися симптомами туберкулезной интоксикации у пациентов были слабость и повышение

температуры тела, а из локальных - кашель с мокротой и одышка при физических нагрузках. Острое начало заболевания отмечалось у 12,5% случаев.

Среди клинических форм у больных мужчин преобладала инфильтративная - 47,5%, а из других - очаговый туберкулез легких составил 10,6%, диссеминированный - 18,1%, туберкулезный плеврит - 5%, а казеозная пневмония и фиброзно-кавернозный туберкулез легких составил 4,4%, то есть по 7 чел. из 160 больных. По данным рентгенологического обследования число больных с распространенным процессом составил - 36,9% - более опасными в эпидемиологическом плане и сложными для лечения. Более чем у половины (65,6%) пациентов отмечалось бактериовыделение, из которых 37,1% (у 39 из 105 бациллярных) были обильными бацилловыделителями. Доля больных с наличием деструктивных изменений в легочной ткани составил 38,8% (62 из 160 больных). Из сопутствующих заболеваний у мужчин чаще всего встречались бытовой пьянство и хронический алкоголизм - 37,5%, а также заболевания желудочно-кишечного тракта - 6,9%, хронические обструктивные заболевания легких - 12,5%, у мужчин пожилого возраста - заболевания сердечно-сосудистой системы - 6,3% и сахарный диабет - 3,8%. Таким образом, больные по всем показателям нуждались в комплексном лечении.

В период интенсивной фазы лечения в течение 2 мес. получали изониазид, рифампицин, пиперазид и этамбутол. Длительность лечения учитывали по количеству дней, в течение которых пациент принимал всю дозу химиотерапии, т.е. все 4 назначенных препарата. Если этого не происходило, то день, когда больной не принимал лекарств или принимал 2-3 препарата, не считался днем принятия дозы химиотерапии.

При отрицательных данных микроскопии мокроты через 2 мес. (60 доз) химиотерапии больные переходили на фазу продолжения лечения изониазидом и рифампицином, которая составляла 4 месяца (120 доз). Если у больного продолжалось бактериовыделение по микроскопии мазка мокроты к концу окончания интенсивной фазы лечения, то она продлевалась еще на 1-2 месяца - до получения отрицательных данных микроскопии мокроты на МБТ. При оценке эффективности

химиотерапии впервые выявленных больных мы использовали не только критерии ВОЗ как фактор прекращения бактериовыделения по микроскопии мазка, но и критерии эффективности лечения, определенные концепцией национальной Казахстанской программы борьбы с туберкулезом, как результат прекращения бактериовыделения по посевам мокроты на питательные среды и закрытия деструктивных изменений в легких. У наших больных в результате проведенного комплексного лечения закрытие полости распада наступило у 74,2% случаев, а прекращение бактериовыделения у 84,8% случаев.

Литература:

1. Ламова Л.А., Копылова И.Ф., Смердин С.В. и др. Принудительная госпитализация больных туберкулезом, уклоняющихся от лечения // Туберкулез и болезни легких.-2009.-№7.-с.9-14
2. Богородская Е.М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Пробл. туб.-2009.-№2.-с.3-11
3. Сатаева Л.Г. Заболеваемость туберкулезом в Республике Казахстан в новых экономических условиях // Пробл. туб.-2009.-№2.-с.29-32

УДК 616.831.9-002.5

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ МЕНИНГИТОМ

Б.К. Жаркенова, Г.Ж. Ережепова, Н.К. Нурымханова

КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер», г. Семей

Тұжырым

ТУБЕРКУЛЕЗДІ МЕНИНГИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ

Б.К. Жаркенова, Г.Ж. Ережепова, Н.К. Нурымханова

Бүгінгі таңда туберкулезді менингиттің менингоэнцефалит түрі жиі кездеседі. Туберкулезді менингит көбінесе дәріге төзімді өкпе туберкулезінің асқынуы болып табылды. Тексеру кезінде жұлын сұйықтығында ТМБ анықтау үшін ПТР қолдану қажет.

Summary

CHARACTERISTIC OF CLINICAL STRUCTURE OF TUBERCULOSIS MENINGITIS SICK

B.C. Zharkanova, G.Zh. Erezepova, N.K. Nurymchanova

TM in up-day has next characteristic: dominate meningoencephalitis, growing of the combinations of the meningitis with multy-drug pulmonary tuberculosis. For investigation TM have to exam of CSF by PCR.

Туберкулез мозговых оболочек или туберкулезный менингит (ТМ) является наиболее тяжелой формой туберкулеза. У взрослых чаще всего заболевают туберкулезным менингитом лица, ведущие асоциальный образ жизни, больные с прогрессирующими формами легочного и внелегочного туберкулеза. Тяжесть течения, трудности диагностики и неблагоприятный прогноз делают необходимым изучение вопросов диагностики, лечения, профилактики данной патологии.

Цель: изучить клиническую структуру и исходы ТМ в современных условиях.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 11 больных в возрасте от 18 до 65 лет, поступивших в ЛТО №3, Региональный противотуберкулезный диспансер №2 г. Семей за период 2009-2011гг. Среди обследованных мужчин было - 8 (72,7%) и женщин - 3 (27,2%). Преобладали больные в возрасте от 20-40 лет - 8 больных (72,7%), 45-65 лет - 2 человека (18,1). В возрасте до 20 лет был 1 больной (9,0%). У 4 (36,3%) больных туберкулез был выявлен впервые, 7 (63,6%) больных с рецидивом заболевания.

Результаты и их обсуждение. Продромальный период у всех больных характеризовался нарастанием слабости, раздражительности, снижением аппетита, головной болью, потерей интереса к окружающему. У 4 больных отмечено подострое начало заболевания, у 7 пациентов начало было острым, среди них 3 поступили в коматозном состоянии. Бациллярная форма ТМ диагностирована у 4 (36,3%) пациентов, менингоэнцефалит - 6 (54,5%) больных, 1 больного диагностирован менингоэнцефаломиелит. У 9 (81,8%) из 11 больных ТМ развился на фоне активного туберкулеза, сочетался с инфильтративным туберкулезом легких - 7 (63,6%), с ми-

лиарным туберкулезом - 2 (18,1%) больных. У 2 (18,1%) больных ТМ развился как изолированная форма. Наиболее постоянными симптомами при ТМ были следующие: головная боль (100%), рвота или тошнота (100%), ригидность затылочных мышц и симптом Кернига (100%). 3 больных поступили в клинику крайне тяжелом, в коматозном состоянии. Комплексное обследование больных включало общий и биохимический анализы крови, мочи, ликвора, бактериологическое исследование ликвора, мокроты, рентгенологические исследования. Исследование ликвора показало, что почти у больных отмечается повышенное давление в спинномозговом канале, ксантохромия (65%), лимфоцитарный цитоз (70%), повышение содержания белка в ликворе и снижение сахара в ликворе, резко положительная реакция Панди (++++) (100%). МБТ мокроте путем бактериоскопии обнаружены у 2 больных бактериологическим методом у 6 (54,5%) больных. Определена чувствительность к химиопрепаратам: у 2 пациентов установлена множественно-лекарственная устойчивость (HRSE), у 1 больного устойчивость к HR. При исследовании ликвора на МБТ путем бактериоскопии и бактериологического посева микобактерии не найдены. Уменьшение частоты обнаружения МБТ в спинномозговой жидкости может быть связано с их переходом в L формы под влиянием антибактериальных препаратов. У всех умерших имелось место сочетание туберкулезного менингита с лекарственно устойчивым туберкулезом легких, а также у 2 среди 3 умерших отмечалось тяжелая сопутствующая патология, которая отягощала течение болезни. У одного из них имелось железодефицитная анемия тяжелой степени и токсический гепатит, у другого хронический алкоголизм и сифилис. Все 3

умерших, лица, ранее переболевшие туберкулезом легких. В течение первых суток после поступления в клинику умер 1 больной, находившийся в состоянии комы, в течение 1 месяца 2 пациента. У всех умерших основными причинами смерти были генерализация процесса и тяжелая полиорганная недостаточность. Все 11 больные получали лечение по стратегии DOTS. Средняя продолжительность лечения больных с ТМ больше чем у больных легочным туберкулезом и составила от 9 до 1 года в зависимости от тяжести процесса. Общее количество койко-дней составило 1575 койко-дней. Таким образом, по клиническим материалам среди больных с туберкулезным менингитом преобладали мужчины (72,2%), в клинической структуре туберкулеза ЦНС доминируют наиболее тяжелая форма – менингоэнцефалит (54,5%). Чаще ТМ развился на фоне генерализованных форм лекарственно-устойчивого туберкулеза легких. Из отягощающих факторов важную роль сыграли наличие сопутствующей патологии: анемия тяжелой степени, гепатит В результате лечения по стратегии DOTS полное клиническое излечение наступило у 72,7%, летальность составила 27,2%, и больные сконча-

лись в течение первых дней и месяца после поступления в стационар, что свидетельствует о позднем выявлении болезни.

Заключение.

Для ТМ в современных условиях характерны: преобладание туберкулезного менингоэнцефалита, роста сочетаний менингита с туберкулезом легких на фоне лекарственной устойчивости. Исследования ликвора на МБТ классическими методами являются неэффективными, поэтому необходимо включить исследование ликвора на МБТ методом ПЦР.

Литература:

1. Батыров Ф.А., Богданов Е.В., Кисилевич О.К. Туберкулезный менингит у детей раннего возраста // Пробл. туб.-2001.-№1.-с.34-36.
2. Иванюта О.М., Пилипчук Н.С., Назаренко В.Г. Туберкулезный менингоэнцефалит // Здоровья, 1987.
3. Стамболцян Е.П., Сафарян М.Д., Улумян А.К. // Эпидемиология, клиническая структура и исходы туберкулезного менингита в Армении. Пробл. туб.2010.№2 - с.20-23.

УДК 616.2-002.5-021.3

ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

К.С. Игембаева, С.М. Дутбаева, Н.Б. Нурғалиев, Г.К. Дюсембекова, К.А. Ешмухамбетова, Ж.Ж. Тынымбаева, Н.Ж. Елемесова, А. Шалапутова

Тұжырым

ТЫНЫС АҒЗАЛАРЫ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН АЛҒАШ РЕТ АУЫРҒАН АДАМДАРДЫҢ МІНЕЗДЕМЕСІ

К.С. Игембаева, С.М. Дутбаева, Н.Б. Нурғалиев, Г.К. Дюсембекова, К.А. Ешмухамбетова, Ж.Ж. Тынымбаева, Н.Ж. Елемесова, А. Шалапутова

Біздің аурулардың арасында ер адамдар 68,6% пайызды, ал 50 жасқа дейінгілер 82,9% пайызды құрады. Тыныс ағзаларының клиникалық түрлерінің ішінен инфильтративті өкпе туберкулезі 63,3% пайызды құрады. Аурулардың социальдық құрамын зерттегенде олардың 65,8% пайызы жұмыс істемейтіндер болса, ал 159 аурулардың 14-сі, яғни 8,8% пайызы созылмалы алкоголизммен ауыратындар екені анықталды.

Summary

FOR THE FIRST TIME THE REVEALED PATIENTS WITH A TUBERCULOSIS BODIES OF BREATH

K.S. Igembayeva, S.M. Dutbayeva, N.B. Nurgaliyev, G.K. Dyusembekova, K.A. Eshmuhambetova, Zh.Zh. Tynymbayeva, N.Zh. Elemesova, A. Shalapatova

Among our patients men (68,6%) prevailed, on age of the person till 50 years have made 82,9%. Among clinical forms prevailed infiltrative having made 63,3%. On the Social composition not working have made 65,8%, and persons suffering chronic alcoholism – 8,8%.

По данным Глобального отчета ВОЗ установлено, что в РК в результате применения международной стратегии с 1998 по 2006 гг. было спасено от туберкулеза около 20 тыс. человек. Это было связано с улучшением качества выявления и лечения туберкулеза. Вместе с тем эпидемиологическая ситуация в стране и у нас ВКО остается напряженной.

Резкое изменение социальных условий жизни широких слоев населения в последнее десятилетие способствовали росту числа лиц впервые заболевших туберкулезом (1 – 3).

Цель нашего исследования - изучение клинической структуры и социального портрета, больных туберкулезом органов дыхания в современных условиях.

Материалы и методы. Материалом служили 159 взрослых больных, страдающих различными формами туберкулеза органов дыхания.

Программа обследования включала данные клинических, бактериологических и рентгенологических методов.

Результаты и обсуждение. Среди больных преобладали мужчины, составлявшие 68,6% (109 чел.) от всех больных. Большинство больных было в молодом возрасте, как среди женщин, так и среди мужчин. Из 159 человек лица от 18 до 30 лет составили 31,6%, 31-40 лет – 27,8%, 41-50 лет – 23,4%, 51-60 лет – 10,7%: старше 60 лет – 6,3%.

Как видно из вышеизложенных данных, заболевают туберкулезом лица работоспособного возраста, то есть в основном до 50 лет, составив 82,9% от всех больных.

По социальному составу, среди заболевших, не работающие составили 65,8%, а на втором месте рабочие – 16,5%, студенты – 6,3%, пенсионеры – 7,7%, а инвалиды составили – 3,8%.

В условиях неблагоприятной ситуации с туберкулезом особое значение имеют угрожаемые по возникновению и

неблагоприятному течению туберкулеза контингенты: одним из которых являются хронические алкоголики.

Среди наших 159 больных страдали бытовыми пьянством 27,6% хроническим алкоголизмом 14 человек (8,8%). Среди клинических форм у больных преобладала инфильтративная – 63,3%, а из других – очаговый туберкулез составил 12,7%, диссеминированный – 14,6%, фиброзно-кавернозный – 6,9%, плеврит как основное заболевание – 1,9% и туберкулома - 1,3%.

Из 159 больных выявлены при профилактических осмотрах 40,9%, а по обращаемости – 59,1%. По субъективным данным, при поступлении в стационар жаловались на повышение температуры 58,2%, на одышку – 31,6%, на кашель со слизистой мокротой в незначительном количестве – 46,2%, на потливость – 50,0%, на боль в грудной клетке, жаловались 47,5% больных.

Основные клинические симптомы туберкулезной инфекции, такие как общая слабость, потливость, субфебрилитет и снижение аппетита, наблюдались у 67,7% больных. Результаты анализов крови больных приведены ниже.

Повышение скорости оседания эритроцитов наблюдалось у 42,4%, последнее наблюдалось у больных с распространенным процессом и наличием полостей распада в легком. Повышение количества лейкоцитов выше нормативного показателя встречалось у 61,4% больных. Нарастание содержания палочкоядерных нейтрофилов отмечалось в 50,0% случаев, а лимфопения на фоне повышения моноцитов имела место у 36,7% обследованных.

Рентгенологическая характеристика 159 больных туберкулезом органов дыхания обнаружила, что у больных 36,7% случаев процесс был распространенным, у

7,6% количество каверн в легких был больше 2, у 3,8% больных каверны были больших размеров.

При проведении данного исследования большое внимание уделялось обнаружению микобактерий туберкулеза (МБТ). В результате исследования нами установлено, что 24,8% или 31 больной из 125 бациллярных относились к числу обильных бацилловыделителей.

Нами было установлено, что степень тяжести бацилловыделения также зависела от распространенности и тяжести течения заболевания. Среди наших 159 больных состояли в контакте с больными туберкулезом 22,2%. Из сопутствующей патологии 27,6% составили лица, страдающие бытовым пьянством и 8,8% с хроническим алкоголизмом.

Таким образом, больные по всем показателям нуждались в комплексном лечении. В дополнение к стандартным рекомендациям ВОЗ всем больным до начала химиотерапии проводилась не только микроскопия мазков мокроты, но и параллельно 3-кратно из одной порции мокроты производился ее посев на питательные среды с обязательным определением чувствительности МБТ к основным и резервным противотуберкулезным препаратам. Лечение больным было назначено с учетом чувствительности к специфическим препаратам.

Литература:

1. Гнездилова Е.В. Скрининг-диагностика социального статуса больного туберкулезом легких // Пробл. туб.- 2001. № 8.-С 14-16
2. Ерохин В.В. Основные итоги и перспективы работы сотрудничающего центра ВОЗ по борьбе с туберкулезом в РФ. // Пробл. туб.-2004.-№ 8.- С.3-7.
3. Богородская Е.М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Пробл. туб. и болезней легких.- 2009. №2. –С. 3-11

УДК 616.24-002.5-053.6-08

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Г.Ж. Ережепова

РГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер», г. Семей

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫНЫҢ СИПАТАМАСЫ

Г.Ж. Ережепова

Семей қаласы бойынша жасөспірімдер арасында туберкулезбен ауыршаңдық біртіндеп төмендеуде, бұл көрсеткіш 2006 жылғы 212 ден 157,7 дейін төмендеді 100 мың адамға шаққанда. Халық арасында туберкулезді анықтау үшін қолданылатын әдістердің ішінде ең қолайлысы флюорографиялық әдіс. Бұл әдіспен тексеру кезінде осы жылдары 46 жасөспірімде туберкулез ауруы алғаш рет анықталған. Туберкулезді емдеуде DOTS+әдісінің кеңірек қолдануының нәтижесінде дәріге төзімді туберкулезбен ауыратын жасөспірімдер саны азайып келеді. Ең жиі кездесетін клиникалық форма боп өкпенің инфильтративті туберкулезі болып табылады.

Summary

CHARACTERISTICS OF RATE OF SICK BY TUBERCULOSIS AMONG ADOLESCENTS IN SEMEY

G.Zh. Erezhepova

In Semey a decrease of the rate of sick adolescents by tuberculosis was mostly successful (significant in comparison with previous years). For instance, in 2006 this parameter was 212, 0, while in 2011 it was 159, 7 for 100 thousand population. Among methods was used for tuberculosis revealing the leader one is X-ray, as the most effective and simple in usage, one. By using this methodology, 46 new cases of pulmonary tuberculosis were found out. A wide spread usage of DOTS+therapy caused the amount of adolescents, who had drug resistant form of tuberculosis, fall down.

В последние годы в связи с ухудшением эпидемиологической ситуации увеличивается заболеваемость туберкулезом детей и подростков. По литературным данным от 22,4 до 75,8% детей и подростков, заболевших тубер-

кулезом, имеют контакт с больным туберкулезом, а более половины из них бактериовыделителем. [1-3].

Материалы и методы: Проанализированы амбулаторные карты 53больных - подростков, впервые заболевших туберкулезом и 13 больных повторно заболев-

ших туберкулезом за 2010-2011годы по городу Семей. Всем больным проводили тщательное рентгеномографическое обследование органов дыхания, микробиологическое исследование мокроты на наличие МБТ и их чувствительности методом пропорции с противотуберкулезными препаратами.

Цель работы - изучение заболеваемости среди подростков, оценка эффективности применяемых методов выявления.

Подростковое население города за 2011 составляло 15219 человек, а за 2010 год 17182.

Как видно из таблицы 1 заболеваемость по городу имеет тенденцию к снижению, составив в 2011году 157,7 против 208,6 в 2010году, на 100 тыс населения, в абсолютных числах на 5 подростков меньше, чем в предыдущем году.

Таблица 1. - Эпидемиологические показатели по туберкулезу среди подростков на 100 тыс. населения.

Подростковая заболеваемость	2010г	2011г
РК	106,1	92,7
ВКО	107,5	98,0
г. Семей	208,6	157,7
Семей – регион	159,0	139,1

Хотя данный показатель остается высоким по сравнению со среднереспубликанскими и областными показателями, что объясняется наличием плохой экологии, обусловленной влиянием радиационного излучения. Всего впервые заболевших туберкулезом за 2010 г. было 29 подростков, из них туберкулезом легких -27, с деструкцией процесса- 1 больной, с бактериовыделением -1, у 2 внелегочной туберкулез. Из повторно заболевших 7 человек - 1 с бактериовыделением. В 2011 году число впервые заболевших составило 24 человека, с преобладанием легочного туберкулеза (91,7%), с бактериовыделением 2 человека.

Таблица 2. - Распределение больных по клиническим формам.

Клинические формы	2010		2011	
	Абс.ч	%	Абс.ч.	%
Очаговый	10	34,5	5	20,8
Инfiltrативный	17	58,5	17	70,8
Туберкулома	-	-	-	-
Туб. Плеврит	1	3,5	1	4,2
Внелегочный туберкулез	1	3,5	1	4,2
Выявлено в фазе распада	1	3,5	1	3,5
Выявлено БК +	1	3,5	2	8,3

Анализируя структуру впервые выявленных больных подростков, как видно по таблицы 2 основной клинической формой остается инfiltrативный туберкулез легких. Отмечается снижение удельного веса больных с ограниченными формами легочного туберкулеза, составив в 2010году 34,5% против 20,8% в 2011году. Также идет относительная стабилизация показателей по лекарственно-устойчивому туберкулезу. Доля туберкулеза с лекарственной устойчивостью в 2011году составило 5 человек, а в 2010году -9 больных. Эти данные говорят об эффективности программы DOTS+, уменьшение количества больных-взрослых, страдающих МЛУ ТБ, являющихся резервуаром инфекции. Из 29 больных 24 получали лечение препаратами первого ряда, а 5 подростков препаратами второго ряда за 2010год, в 2011году 4 больных получали лечение по 4 категории. Число повторно заболевших туберкулезом подростков

за 2 года составило 13 человек, из них 8 больных были переведены в 4 категорию лечения, из них 6 подростков с подтвержденной мультирезистентностью (МЛУ), 2 больных с подозрением на МЛУ так как у них имеется тесный семейный контакт с ТБ МЛУ. Эти данные говорят, о необходимости определения чувствительности МБТ антимиобактериальным препаратам у всех подростков для назначения им эффективных схем специфической химиотерапии. При анализе причин рецидивов на первое место выходит наличие лекарственной устойчивости (первичная или вторичная), контакта сстойчивым лекарственноустойчивым туберкулезом, а также неудовлетворительные материально-бытовые условия жизни.

Основным методом выявления туберкулеза среди подростков является флюорография органов грудной клетки. За 2010год из 29 новых случаев туберкулеза 25случаев туберкулеза выявлено при флюорографическом обследовании, что составило 86,2%, а по обращаемости всего 4 человека (13,4%). В 2011 году также 21(85,5%) случаев установлено при флюорографическом обследовании и только 3 (12,5%) случаях обращаемости из 24 новых случаев туберкулеза.

За 2010-2011 годы флюорографическими обследованиями охвачены до 99% подростков, среди них туберкулез легких выявлен у 49 подростков. Флюорографический метод выявления остается основным для выявления туберкулеза среди населения, так он прост как в планировании, так и в технике выполнения и в эффективности выявления. По обращаемости выявленные больные со следующими клиническими формами: 3 больных с туберкулезным плевритом, туберкулезным лимфаденитом -1 и 3 подростков с инfiltrативным туберкулезом легких. Чаще всего с жалобами встречаются больные с внелегочным туберкулезом, чаще в изолированной форме, что затрудняет диагностику заболевания.

Таким образом, отмечается положительная динамика по заболеваемости туберкулезом среди подростков, если данный показатель в 2006 составил 212,0, а в 2011 году -157,7 на 100 тысяч населения. Флюорографический метод остается главным методом для раннего выявления туберкулеза среди подростков, ежегодно охвачено осмотрами до 99,3% подростков. В связи с широким внедрением программы DOTS+, мониторинга бактериологических обследовании, улучшилось не только определение резистентного, в том числе мультирезистентного туберкулеза, но и эффективность лечения, что приводит к снижению количества подростков с ТБМЛУ. Одним из основных причин рецидива туберкулеза среди подростков является тесный семейный контакт с больным ТБМЛУ, поэтому есть необходимость более тщательное обследование подростков из таких очагов.

Литература:

1. Овсянкина Е.С. Актуальные проблемы противотуберкулезной помощи детям и подросткам // Пробл. туб.-2009.-№1.-3-5
2. Кузьмина И.К., Губкина М.Ф. Клинико-рентгенологическая характеристика и методы выявления туберкулеза органов дыхания у детей и подростков с гиперергической чувствительностью к туберкулину // Пробл.туб.-2009.-№1.-с.20-24
3. Игембаева К.С., Селиханова Н.К. Клиническая структура туберкулеза органов дыхания у подростков // Актуальные вопросы фтизиатрии – 2010.-с.101-102

УДК 614.2-057.874-084

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА СЕМЕЙ**А.Ж. Байбусинова, А.К. Мусаханова, Ж.А. Омаргалиева, Т.А. Суттибаева****Государственный медицинский университет г. Семей
КГКП «Городская больница №2», г. Семей****Резюме**

В данной статье проведены результаты поперечного исследования здоровья школьников г. Семей. Проведенное исследование показало, что в связи с ухудшением здоровья подростков, снижением физической и медицинской активности, необходимо усовершенствование организации работы медицинского работника в школе.

Тұжырым**СЕМЕЙ Қ ОҚУШЫЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ӘЛЕУМЕТТІК ҚАҒИДАЛАРЫ****А.Ж. Байбусинова, А.К. Мусаханова, Ж.А. Омаргалиева, Т.А. Суттибаева**

Бұл мақалада Семей қаласындағы мектеп оқушыларының денсаулықтарын зерттеуінің нәтижелері көрсетілген. Зерттеу көрсеткендей, жас өспірімдердің денсаулығының нашарлауы, физикалық және дәрігерлік белсенділіктің төмендеуіне байланысты мектептегі дәрігерлік қызметкердің жұмысты ұйымдастыруын жетілдіру керек.

Summary**MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF SCHOOL STUDENTS HEALTH IN SEMEY CITY****A.Zh. Baybusinova, A.K. Musakhanova, Zh.A. Omargalieva, T.A. Suttibaeva**

In this article we have presented results of study for investigation of school students health in Semey city. The results show that it is necessary to improve the organization of work of the medical staff at school because of deterioration of teenagers health status, decrease their physical and medical activity.

В период бурных социально-экономических перемен в государстве здоровье детей может служить индикатором социального благополучия населения, когда отношение государства к детям определяет степень его цивилизованности. Подрастающее поколение является фундаментом нации. Через десяток лет они войдут в рынок труда, поэтому для здравоохранения будет наиболее эффективно обеспечение освоения ими навыков самосохранительного поведения уже начиная со школьного возраста. Государство признает детство важным этапом жизни человека и исходит из принципов приоритетности прав детей на полноценную жизнь в обществе [1]. В Послании Президента РК говорится, что здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье должны стать главными в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения [2], охрана здоровья детей гарантирована Конституцией Республики Казахстан, Конвенцией ООН о правах ребенка, Декларацией прав ребенка и другими нормативно-правовыми документами РК. В сложившихся условиях важное значение приобретают исследования, направленные на разработку мер по улучшению показателей здоровья детского населения, совершенствование организации медицинской помощи, повышение её качества, поиск оптимальных организационных форм [3]. Наиболее подходящими для организации превентивных

мероприятий в области здоровья являются школьные программы с использованием знаний и навыков преподавателей и персонала обслуживающего здоровье [4].

Целью нашего исследования была разработка модели оптимизации здоровьесберегающих технологий в школе на основании медико-социальной оценки состояния здоровья подростков среднего школьного возраста города Семей. Для достижения цели поставлены следующие задачи: выявление основных трендов развития здоровья подростков на основании поперечного исследования выборки школьников; оценка влияния отдельных медико-социальных факторов на формирование здоровья подростков среднего школьного возраста, а также разработка модели оптимизации здоровьесберегающих технологий для подростков среднего школьного возраста города Семей.

Для решения поставленных задач было изучено здоровье 680 учащихся 10-15 лет (с 5 по 8 классы) 7 средних школ и 1 гимназии города Семей, расположенных в разных районах города. Распределение школьников по классу, полу, языку обучения соответствует генеральной совокупности и представлено в таблице 1. Распределение школьников по национальности: 72,9% казахи, 22,9% русские, 4,2% другие национальности; по возрасту: 10 лет – 8,8% (60), 11 лет – 20,9% (142), 12 лет – 21,9 (149), 13 лет – 24,7% (168), 14 лет – 19,7% (134), 15 лет – 3,7% (25), 16 лет – 0,3% (2).

Таблица 1. Распределение школьников по классу, полу, языку обучения.

	Пол		Язык обучения		Всего
	мужской	женский	казахский	русский	
5 класс	44,7% (72)	55,3% (88)	45,9% (86)	54,1% (74)	23,3% (160)
6 класс	50,3% (78)	49,7% (77)	41,3% (64)	58,7% (91)	22,8% (155)
7 класс	50,3% (92)	49,7% (92)	33% (61)	67% (123)	27,3% (184)
8 класс	51,4% (93)	48,6% (88)	55,8% (101)	44,2% (80)	26,6% (181)
Итого	335 (49,3%)	345 (50,7%)	312 (45,9%)	368 (54,1%)	680 (100%)

При изучении здоровья школьников установлено, 30,1% имеют I группу здоровья, 57,6% детей II группу здоровья, остальные 12,3% детей – имеют хронические заболевания (III - IV группы здоровья), структуру хронических болезней можно увидеть в таблице 2.

Изучение самооценки здоровья показало, что детей, считающих, что у них крепкое здоровье 49,3%, среднее 44,6%, слабое 6%, из них более уверены в своем здоровье 57, 8% мальчиков, тогда как данный показатель у девочек равен 41,2%.

Таблица 2. Структура хронической заболеваемости школьников за 2010 г.

Хронические болезни	%
бронхит	20,8
гастрит	14,1
гайморит	8,9
пиелонефрит	5,1
тонзиллит	2,86
холецистит	2,7
эндемический зоб	2,7
кардиопатия	1,38
анемия	1,3

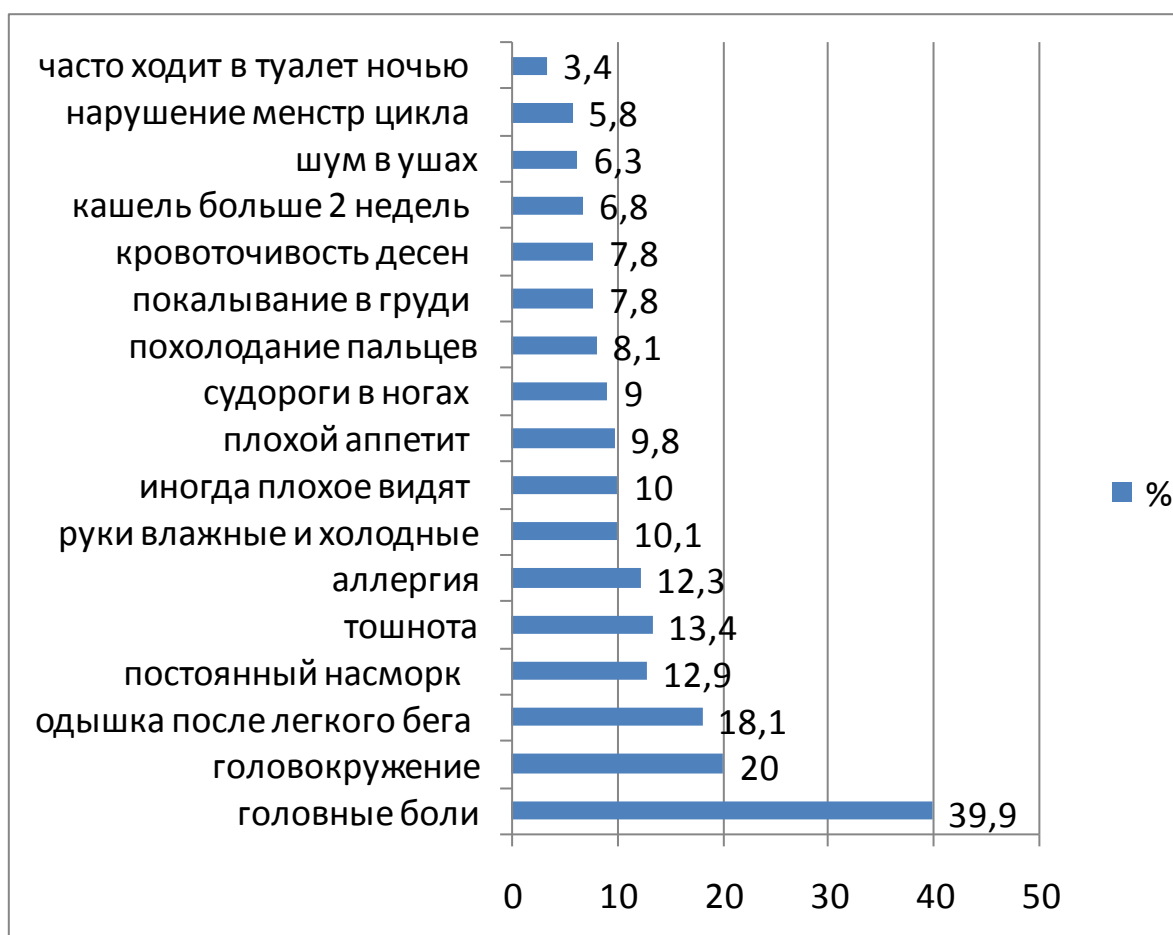


Диаграмма 1. Жалобы соматического характера.

Как видно из диаграммы 1, чаще всего школьники жалуются на головные боли 39,9%, головокружение 20% и дыхательную систему 31%, иммунную систему 12,3% и ЖКТ 23,2%.

При изучении жалоб психоэмоционального характера, был использован краткий вопросник Филлипса, определяющий уровень школьной тревожности, который составил умеренный уровень тревожности, каждый третий ученик на 4 и более вопросов из 20 ответил положительно, результаты можно увидеть на диаграмме 2.

Низкая физическая активность отмечен у 18,8% школьников, пропускающих урок физкультуры, из них 21,2% девочек и 16,4% мальчиков, также 27% всех школьников пропускают урок физкультуры без уважительной причины ($p=0,0337$), при этом 59,5% школьников не занимаются дополнительно спортом ($p=0,0732$), из них 70% девочек и 48,5% мальчиков.

Изучение питания школьников показало, что основная масса школьников употребляет горячую пищу 3 раза в день от 42,5% до 63%. Между основными приемами пищи едят бутерброды 17,7% (при 95% ДИ от

14,9% до 20,8%) и не завтракают 22,1% школьников г. Семей, при этом не завтракают чаще девочки 27,5% ($p=0,0006$).

У 20% школьников имеются вредные для здоровья привычки, 23,3% пробовали алкоголь и 17,2% пробовали курить.

Изучение медицинской активности школьников показало, что обращаются к медработнику школы при болезни всегда лишь 34,9%, иногда 34,7%, практически не пользуются услугами медработника 30,4% школьников. Также по результатам анкетирования было выявлено, что 19,6% школьников не принимают в медпункте школ при обращении, 11,3% школьников отметили систематическое отсутствие медработника на месте, не ходят на прием к участковому врачу 14,3% ($p=0,0001$). При этом подверженность к простудным заболеваниям достаточно высокая, 25,5% школьников относятся к группе часто болеющих детей, 16% школьников указали, что обучение по профилактике вредных привычек и формированию ЗОЖ не проводится, и 25,1% не знали, проводятся ли в школе подобные мероприятия.

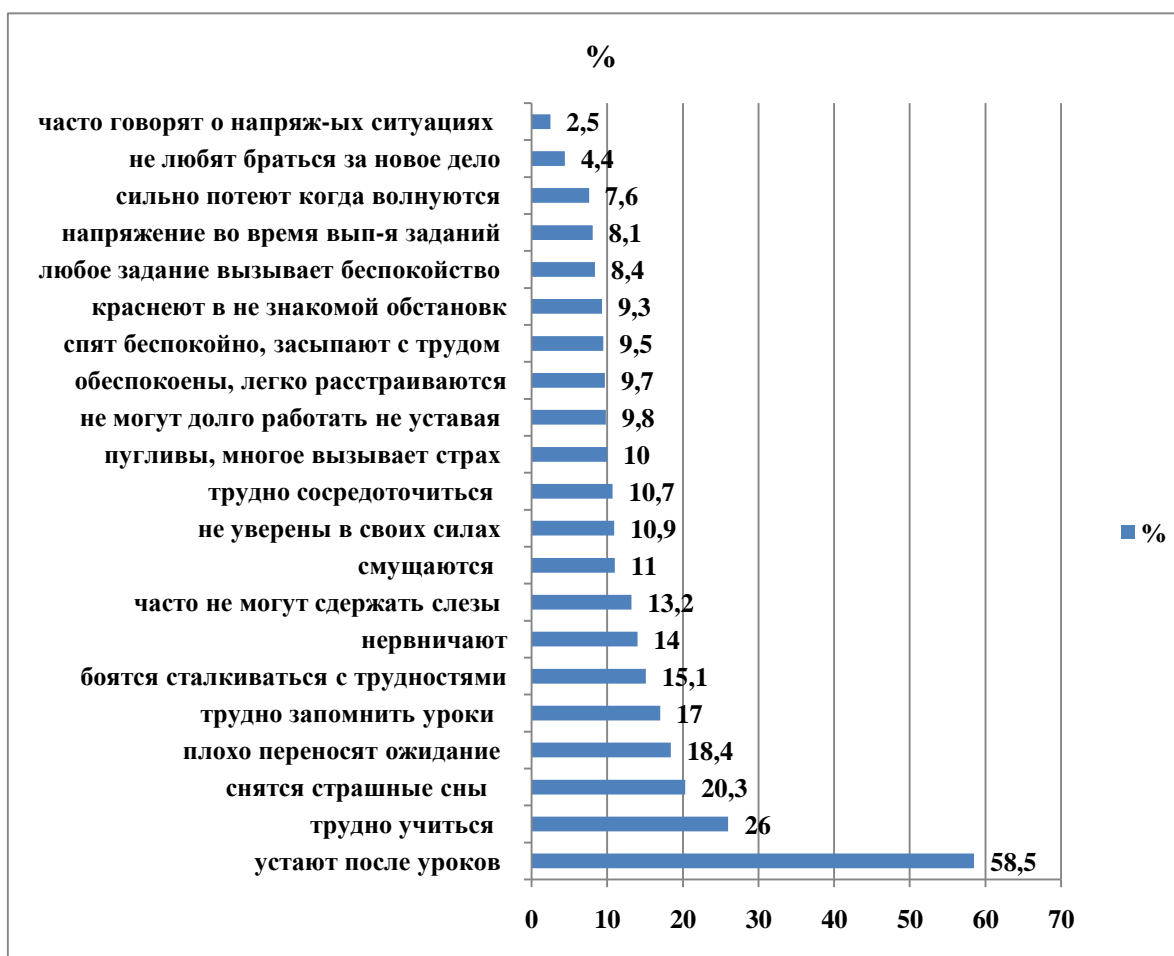


Диаграмма 2. Жалобы психоземotionalного характера.

Таким образом, существенная доля учащихся остается без медицинской помощи в школе и поликлинике, у этих детей с возрастом вырабатывается пассивное медицинское поведение, что может негативно отразиться на здоровье в будущем.

При изучении мнения медработников школ по поводу удовлетворенности работой, недовольство вызывали недостаточная материально-техническая укомплектованность некоторых медицинских кабинетов 37,5%, большая нагрузка на одного медработника 87,5%, большой объем обязанностей в школе 75%, за который отвечает школьная медсестра, недостаточная эффективность проведения профилактических осмотров в школе, 62,5%. Все это приводит к недостаточно активной работе по профилактике заболеваний и пропаганде ЗОЖ в силу отсутствия достаточного времени на проведение подобных мероприятий в школе.

На основании изучения факторов здоровья школьников по блокам вопросов заболеваемости, физической активности, рационального питания и медицинской активности, а также изучения удовлетворенности медработников работой в школе, нами предложено создание Комитета медико-социальной помощи в школе, состоящей из медицинского работника школы, социального педагога, школьного психолога, схема взаимодействия представлена на рис 1. Создание данного комитета является сегодня необходимым условием для работы повышения эффективности профилактической и лечеб-

но-оздоровительной работы среди детей школьного возраста. В рамках работы данного подразделения могут быть реализованы комплексные мероприятия по профилактике заболеваний, укреплению здоровья, формированию навыков и культуры здорового образа жизни, создание базы данных детей группы риска по социальному статусу, медицинским показаниям и предрасположенных к девиантному поведению, с дальнейшей разработкой конкретных превентивных мер по снижению вероятности влияния неблагоприятных факторов на здоровье у детей из групп риска.

Комитет медико-социальной помощи имеет своей целью реализацию медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей и подростков, направленных на сохранение и укрепление их здоровья, социальную и правовую защиту, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни. Работа будет вестись по трем направлениям: психологическое (диагностика, консультирование, помощь), социальное (выявление семей социального риска, консультирование по вопросам социального статуса, организация помощи) и медицинскому направлению (выявлении детей групп риска, направленность на детей 2 группы риска, профилактическое обучение, повышение медицинской активности, проведение семинаров, лекций в школе в рамках работы Комитета).

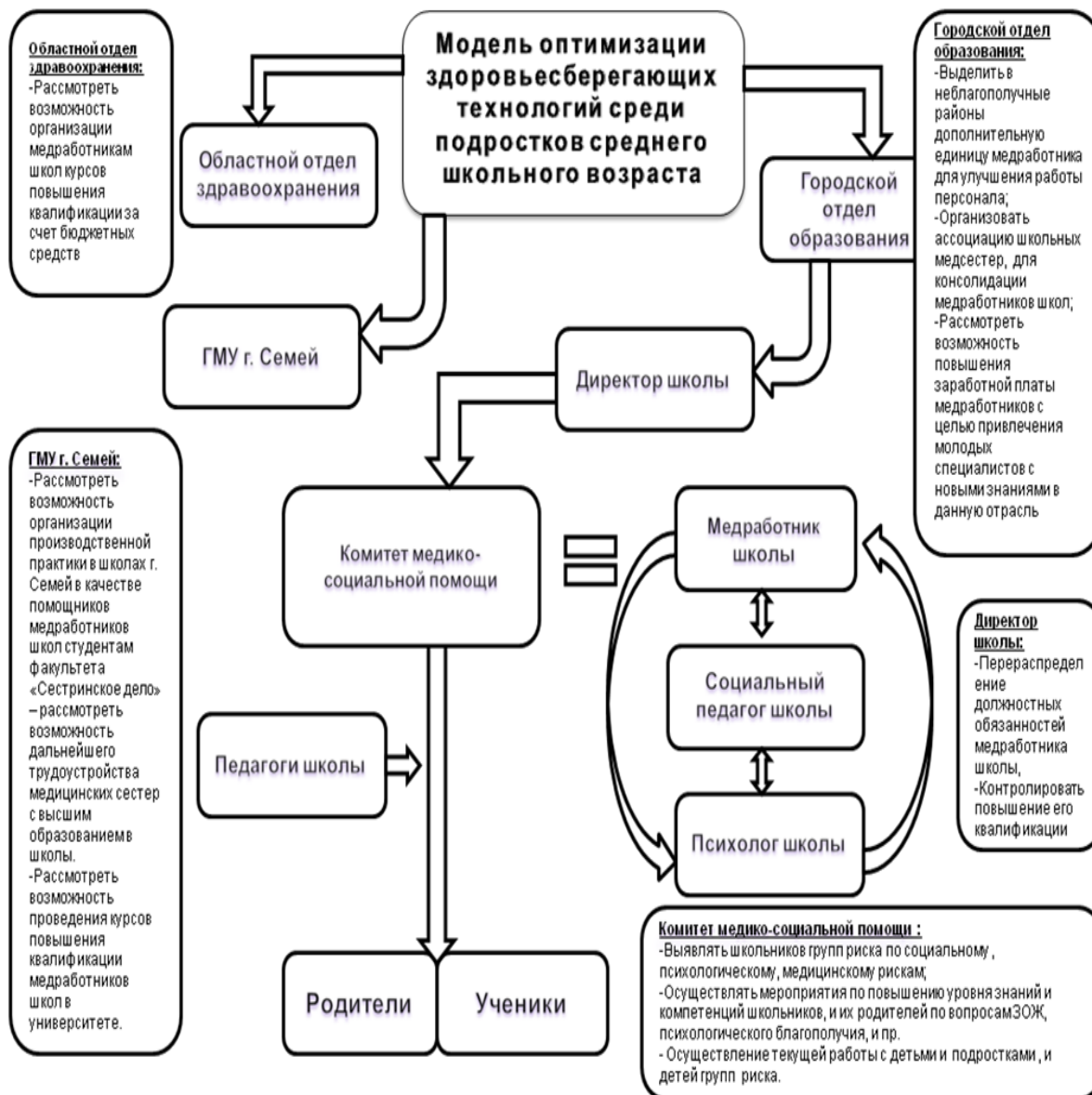


Рис. 1. Модель оптимизации здоровьесберегающих технологий в школе

Второй аспект рекомендаций направлен на уровень компетенций школьного медработника. В условиях современного общества, где внедряется принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье [2], происходит переориентация на профилактику болезней [5], необходима организованная работа по профилактике болезней в школе. Решение данного вопроса мы видим в привлечении к работе в школе медицинских сестер с высшим образованием, имеющих знания, навыки и компетенции в организации здравоохранения, которые могут кардинально изменить сложившуюся ситуацию в школах, и решить проблему организованной профилактики заболеваний, вести просветительскую работу и формирование навыков здоровьесберегающего поведения у школьников, а также координировать работу Комитета медико-социальной помощи.

Литература:

1. Доклад о положении детей в Республике Казахстан 2011г.
2. Послание Президента «Построим будущее вместе» 28 января 2011 г.
3. Миняев В.А., Вишняков Н.И. «Общественное здоровье и здравоохранение», издательство: МЕД-пресс-информ, 2003 г., стр. 528.
4. Ward NL, Linke LH. Commentary: understanding adolescent health-risk behaviors from a prevention science perspective. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2011, 39(1):53–56.
5. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.

УДК 612.82:711.454

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ НЕФТЯНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Г.К. Алшынбекова

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК г. Караганда

Тұжырым МҰНАЙ ӨНЕРКӘСІБІ АЙМАҒЫНДА ТҰРАТЫН БАЛАЛАР МИЫНЫҢ БИОЭЛЕКТРЛІК БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ ӨЗГЕРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Г.К. Алшынбекова

Мұнай өнеркәсібі аймағында тұратын балалар миының биоэлектрлік белсенділігі бағаланды. Жарты шарлар белсенділігінің ерекшеленуі, орталық жүйке жүйесінің әлсіреуі мен мидың когнитивті қызметінің төмендеуіне әсер ететіндігі анықталды.

Түйінді сөздер: бас миының биоэлектрлік белсенділігі, ырғақ амплитудасы, мұнайлы аймақ.

Summary

FEATURES OF CHILDREN BIOELECTRIC BRAIN ACTIVITY CHANGES LIVING IN OIL INDUSTRY REGION

G.K. Alshynbekova

Evaluation of bioelectric brain activity of children, living in oil industry region was conducted. There was revealed non-specific hemisphere activation, which promotes oppression of central axis and reduces cognitive functions of brains.

Key words: bioelectric brain activity, pace amplitude, adolescents, oil region.

В последнее время все более актуальной становится проблема оценки влияния загрязнения окружающей среды нефтепродуктами в районах добычи и переработки нефти на здоровье детей. Состояние организма очень чутко реагирует на воздействие множества экзогенных и эндогенных факторов, изменяется под влиянием физических, химических и биологических элементов окружающей среды [1,2]. До сих пор мало внимания уделяется проблеме особенностей влияния окружающей среды на состояние здоровья детского населения, имеющих различную чувствительность к воздействию неблагоприятных факторов.

Детский организм чрезвычайно резко реагирует на неблагоприятные внешние влияния в период наиболее интенсивной гистоморфологической и функциональной перестройки органов и систем в переходные, так называемые узловое возрастные периоды [3-5].

Целью исследования являлась оценка состояния здоровья детского населения по данным электроэнцефалограммы, проживающего в регионах нефтяной промышленности.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в рамках научно-технической программы МЗ РК (2010-2012 гг.). Всего обследовано 135 мальчиков и юношей в возрасте от 12-17 лет, проживающих в г. Актау не менее 10 лет. Контролем являлось единичная группа, проживающие в течение 10 лет в г. Щучинск (как экологически чистый регион Республики Казахстан).

Электроэнцефалограмму регистрировали на 16 канальном компьютерном электроэнцефалографе фирмы «Нейрон-Спектр2» Нейрософт (Иваново). Применяли 8 монополярных отведений по международной схеме 10-20 симметрично в переднелобных (F₁, F₂), центральных (C₃, C₄), средневисочных (T₃, T₄), затылочных (O₁, O₂). В качестве референтного использовали объединенные электроды на мочках ушей (A₁, A₂), заземляющий электрод (3).

ЭЭГ регистрировали непрерывно, в фоновом состоянии, в состояниях покоя закрытыми глазами и бодрствования открытыми глазами. Анализировали значения в стандартных физиологических диапазонах

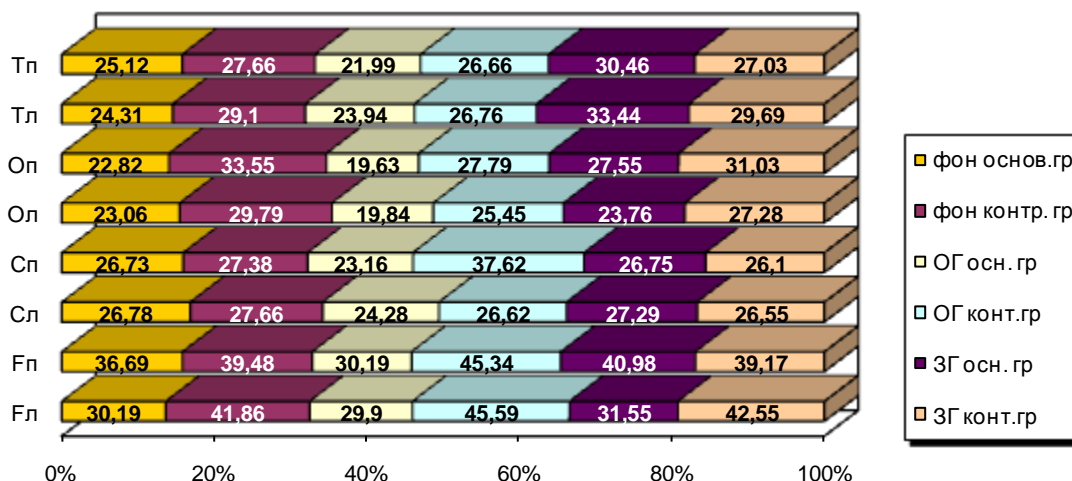
частот: Δ-дельта 1-4 Гц; Θ-тета 4,25-8 Гц; α –альфа 8-13 Гц; β-бета 13-30 Гц.

Производили анализ эпох, не содержащих артефакты. Статистическую обработку осуществляли с помощью многомерных статистических методов пакета «Statistica», версии 5.5.

Результаты исследования и их обсуждение. В структуре ЭЭГ у мальчиков 12-14 лет на всех этапах регистрации наблюдалось значительное увеличение дельта-ритм больше в лобных и центральных отведениях слева и справа. Активность амплитуды тета-ритма была наиболее выражена в лобном отведении с максимальной амплитудой от 19,48 мкВ до 21,94 мкВ на всех функциональных пробах. При фоновой записи и закрытых глазах было максимальное увеличение альфа-ритма в центральных и теменных отведениях слева и справа от 18,13 мкВ до 22,61 мкВ. Средняя амплитуда низкочастотного бета-ритма в центральных и теменных отведениях обеих полушарий колебалась в пределах от 8,16 мкВ до 9,15 мкВ. При открытых и закрытых глазах по сравнению с фоновыми данными, наблюдалось повышение амплитуды высокочастотного бета-ритма в левом и в правом полушарии в лобных и теменных отведениях 8,39 мкВ и 10,24 мкВ соответственно.

При сравнительном анализе в структуре ЭЭГ у мальчиков 12-14 лет по зонам проживания выявлено значительное снижение дельта-активности на всех этапах регистрации (рисунок 1), а также, отмечается доминирование тета-ритма справа и слева больше в лобном отведении (от 19,06±0,81 мкВ до 21,94±0,95 мкВ) и снижение в центральных, теменных и затылочных отведениях на 61% слева (p<0,01) и на 84 % справа (p<0,01).

На всех этапах регистрации в левом и правом полушарии альфа-ритм значительно доминировал в лобных и центральных отведениях, а в затылочном отведении имел достоверное снижение слева на 47% и справа на 53%. Высокочастотный бета-ритм достоверно доминировал в лобном и теменном отведении слева на 16% (p<0,01) и справа на 18% (p<0,01).



Примечание. Отведения: F - лобные, C - центральные, O - затылочные, T - теменные, ОГ - открытые глаза, ЗГ - закрытые глаза, л - левое, п - правое полушарие

Рисунок 1. Соотношение активности амплитуд дельта-ритма у мальчиков 12-14 лет с учетом зон проживания

У юношей 15-17 лет на всех этапах регистрации амплитуда дельта-ритма доминировала во всех восьми отведениях, а активация тета-ритма увеличивалась больше в лобных отведениях при открытых и закрытых глазах от 12,62 мкВ до 19,24 мкВ. Амплитуда альфа-ритма имела тенденцию к росту при фоне и в покое больше в центральных и теменных отведениях слева от 14,76 мкВ до 26,37 мкВ и справа от 12,79 мкВ до 26,48 мкВ. Высоко-частотный бета-ритм увеличивался в центральном отведении слева и справа на всех этапах регистрации.

По данным анализа ЭЭГ у юношей 15-17 лет г. Актау во всех функциональных пробах показал, что дельта-ритм доминирует больше в центральных, затылочных и теменных отведениях справа до 11% по отношению к контролю ($p < 0,001$). Амплитуда тета-ритма имело достоверное различие в правом полушарии больше в лобных на 22% ($p < 0,001$) и теменных отведениях на 10% ($p < 0,001$). Альфа-ритм по отношению к контролю при фоне и в покое в центральных и теменных отведениях доминировал до 24% ($p < 0,001$) (таблица 1).

Таблица 1. Сравнительный анализ амплитуды альфа-ритма ЭЭГ у юношей в разных этапах регистрации.

Отведения	Основная группа n=35		
	фоновая запись	открывание глаз	закрывание глаз
Fp ₁	15,04±1,03	12,34±0,50	15,76±0,57
Fp ₂	16,97±1,02	12,07±0,47	14,04±0,52
C ₃	20,07±1,02	11,91±0,52	19,43±1,23
C ₄	20,24±0,94	11,49±0,55	55,16±35,65
T ₃	16,43±0,81	8,20±0,49	15,41±0,98***
T ₄	15,04±0,73**	6,94±0,50	15,27±0,89***
O ₁	25,23±1,85	10,59±0,58	27,84±2,11
O ₂	27,43±1,89	10,71±0,58	28,09±2,10
Контрольная группа n=30			
Fp ₁	13,78±1,00	12,11±1,29	14,44±1,43
Fp ₂	11,78±1,37	9,33±1,31*	11,56±1,57*
C ₃	15,33±1,53*	10,67±1,55	14,44±1,67
C ₄	14,44±1,32***	9,00±1,37	13,56±1,59
T ₃	22,11±3,38	9,00±2,07	24,67±4,14
T ₄	22,56±3,28	8,78±1,28	27,00±4,87
O ₁	21,89±2,85	11,22±1,64	25,67±3,30
O ₂	19,67±2,30	9,67±1,49	23,00±2,63

Примечание - * ($p < 0,05$); ** ($p < 0,01$); *** ($p < 0,001$); - достоверность в сравнении с контрольной группой

Таким образом, у мальчиков 12-14 лет, проживающих в г. Актау по отношению к контрольной территории выявлена активация тета-, альфа- и бета-ритмов в ЭЭГ, которое наиболее выражено в лобных, центральных и теменных отведениях коры. У юношей 15-17 лет г. Актау выявлено различие с контролем в отношении дельта- и тета-ритмов больше в лобных и теменных отведениях, а альфа-ритм в центральном отведении.

В целом, такая динамика свидетельствует, о развитии у подростков г. Актау неспецифической активации правого и левого полушария, что способствует в условиях экологической нагрузки к эффекту рассогласования совместной перцептивной деятельности полушарий и усиливает кортикальную возбудимость, что в свою очередь, приводит к угнетению состояния центральной нервной системы и проявляться будет нарушениями когнитивной функции мозга.

Литература:

1. Иванов А.В., Тафеева Е.А. Гигиеническая оценка загрязнения почв на территории нефтедобывающих районов республики Татарстан // Гигиена и санитария – 2009. – №3. – С. 41-44.
2. Кашпов Н.Г., Лукичев Т.А., Кучма В.Ф. Гигиеническая оценка влияния химических факторов окружающей среды на здоровье подростков в нефтегазодобывающем регионе // Гигиена и санитария. - 2008.- №4.- С.15-17.
3. Валеев Т.К., Сулейманов Р.А., Тепикина Л.А. Гигиеническая оценка риска влияния выбросов

нефтехимических предприятий на здоровье населения в условиях производства соединений класса алкилфенолов // Медицина труда и промышленная экология. - 2009. – №11.- С.23-27.

4. Беляков В.А., Васильев А.В. Влияние загрязненного атмосферного воздуха на физическое развитие детей. // Гигиена и санитария. - 2003.-№4.- С. 33-34.

5. Meddleton N, Nicolaou N., Pipis S., Zeniou M., Klenthous S., Demokritou P., Koutrakis P., Yiallourous P. Environmental hazards and stress: Evidence from the Texas City stress and Health Study // Eur. J. Epidemiol. - 2009. – P.37.

УДК 616.234-002.-053.2-076

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ И ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА И ВНЕКЛЕТОЧНЫХ СУБСТРАТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ БРОНХОВ ПРИ ГНОЙНОМ ТРАХЕОБРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

К.К. Рахимжанов, Б.М. Майлыбаев, А. Ракишева, С.Б. Байдолдина,
Л. Кудербаева, Б.Б. Тулькибаев, Е.Р. Шокаев

КГКП «Центр матери и ребенка», г. Усть-Каменогорска

Актуальность проблемы. Несмотря на известные успехи детской торакальной хирургии, проблема лечения различных форм гнойного трахеобронхита (ТБ), как осложнения при различных неспецифических хронических нагноительных заболеваниях легких у детей сохраняет свою актуальность [2,4,5]. Основной причиной обострения хронического процесса и последующего развития ранних и поздних структурно-функциональных осложнений у детей являются трудно поддающиеся лечению локальные или распространенные формы восходящего гнойного эндо-, мезо-, панbronхита (трахеобронхита) [1,3,6,7].

Особенно большие проблемы возникают при лечении реактивного восходящего бронхита на фоне хронического течения пневмонии, врожденных пороков развития легких, инородных тел, системных заболеваний и др., осложненных дыхательной недостаточностью.

Целью настоящей работы явилось изучение клеточного состава и внеклеточных эндобронхиальных субстратов при гнойных трахеобронхитах и хронической неспецифической пневмонии у детей.

Материалы и методы исследования. В работе представлены и изучены результаты цитологической и гистоморфологической оценки 54 больных в возрасте от 3 до 15 лет с хронической неспецифической пневмонией с различным клиническим течением и гистоморфологическими изменениями в бронхолегочной системе. Мальчиков было 36, девочек 18. Больные подразделены в зависимости от формы проявления и степени тяжести течения хронического гнойного эндобронхита: местная - 23, распространенная - 31. Клиническая тяжесть течения заболевания определялась по выраженности проявления субъективных и объективных симптомов.

Результаты исследований интерпретированы в зависимости от проводимого метода лечения. В основной группе с применением эндобронхиальной лазерокавитации и антибактериальной фагиотерапии, а также в контрольной группе больных с применением глюкокортикостероидов, макролидов, сумамеда и ингаляций с кромогликатом натрия или альдоцином. В основной группе после 3-4-х сеансов лазерофаготерапии проис-

ходили активация и восстановление структурно-функциональных показателей раньше, чем аналогичные данные у больных контрольной группы. Полученные данные свидетельствуют о патогенетической обоснованности применения лазеро- и фагиотерапии при лечении гнойных эндо-, мезо-, панbronхитов при хронических неспецифических бронхолегочных патологиях у детей.

Для изучения реакции подвижных клеточных элементов слизистой оболочки трахеи и бронхов, стерильными влажными тампонами во время бронхоскопии, производили отпечатки с поверхности трахеобронхиальной стенки и переносили их на предметные стекла, нагретые в термостате до 37°C.

Препараты для цитологической оценки бронхиального отделяемого готовились по методике Е.К. Барандиной (1980). Данная методика позволяет надежно дифференцировать структурно-функциональные изменения клеточных мембран по основным признакам мембранодеструктивного процесса – состоянию агрегатных связей ненасыщенных липидов с субстратами белковой и фосфолипидной природы. Результаты цитологической оценки в динамике изучались в зависимости от метода лечения. Полученный материал обработан методом математической статистики с вычислением средних арифметических (М), среднего квадратичного отклонения (СТ). Достоверность различий установлена с помощью критерия Стьюдента (Т) с помощью чисел прикладных программ Microsoft Excel, версия 97.

Результаты исследования и их анализ. Данные гистологических исследований, выполненных в процессе эндобронхиальной курсовой лазерокавитации и фагиотерапии, показали существенную динамику изменения изначального химического состава внеклеточных субстратов из бронхиального отделяемого. Резко уменьшалось количество липидных кристаллов в его составе после 2-3 сеансов лазерокавитации и фагиотерапии. В результате активации процессов репарации уменьшались в препаратах и размеры кристаллов. Под действием 3-6 сеансов лазерного облучения в местном очаге воспаления, происходила замена липидных компонентов тканевого детрита на преобладающее содер-

жание мукополисахаридов. В результате этого, изменялось агрегатное состояние внеклеточных субстратов и они становились более подвержены эффективной санации патологических детритов бронхов. Помимо указанных объектов, в мазках – отпечатках определялись кислые мукополисахариды, секретируемые бокаловидными клетками эпителия слизистой оболочки бронхов, что косвенно указывало на начало процессов регенерации ее нарушенных элементов.

По результатам цитологических исследований мазков-отпечатков и бронхиальных смывов в динамике установлено, что под воздействием излучения ГНЛ и фаготерапии, обнаруженная при первичном исследовании дегенеративная дистрофия клеток воспаления подверглась полному обратному развитию. Полученные данные свидетельствовали об обратимости хронического гнойного эндобронхита в препаратах, взятых при последующих сеансах лазерокавитации и фаготерапии. Определялись как поврежденные так и сохраненные физиологические клетки. Количество последних в динамике наблюдения заметно увеличивалось, четко прослеживались признаки хемотаксического раздражения. В цитоплазме этих клеток отмечалась вспененность, указывающая на их цитохимическую перестройку. После курса лазерокавитации выявлялись в основном морфологически сохраненные и функционально активные клетки воспаления и регенерации.

Иная картина наблюдалась у 24 (19,8%) больных из контрольной группы, страдающих хроническими заболеваниями легких с резко выраженными морфофункциональными изменениями бронхолегочной ткани. Распространенная форма хронического бронхита (трахеобронхита) имела рецидивирующее течение и проявлялась гнойным восходящим бронхитом.

Клеточный состав и внеклеточные субстраты слизистой оболочки бронхов у больных этой группы значительно отличались от таковых у основной группы. В основе воспаления лежали невыраженные изменения бронхолегочной ткани и слизистой бронхов. Клетки воспаления и иммунитет у этих пациентов, как правило, находились в состоянии первой или второй степени деструкции. Гистохимические данные свидетельствовали о преобладании во внеклеточном субстрате мукополисахаридно-фосфолипидного компонента. Липидно-белковых компонентов в препаратах выявилось значительно меньше. Под влиянием ингаляции кромогликата натрия или гормонотерапии (бекламетазона диалпинат) процессы культивирования воспаления в слизистой оболочке у больных контрольной группы протекали значительно медленнее, по сравнению с данными у детей основной клинической группы наблюдения.

Результаты цитогистохимических исследований подтверждались и данными бронхоскопической оценки картины эндобронхиального воспаления. Результаты исследования свидетельствовали о медленной регрессии воспаления и уменьшения количества патологического детрита в слизисто-гнойном экссудате. Патологические субстраты с отеком сохранялись до 12-15 дней на фоне лечения. Как правило, у больных этой группы наблюдения клинико-морфологическое купирование признаков распространенного гнойного эндобронхита достигалось после подключения макролида - сумамеда и ингаляционного кортикостероида альдоцина (200мг). У 18 больных этой же группы, с уже выраженными мембранодеструктивными процессами в инфильтративных тканях и клетках воспаления, отмечались признаки дистрофии - отек, вакуализация цитоплазмы, экзоцитоз. После санационной бронхоскопии, ежедневных ингаля-

ций, гормонотерапии и курса приема сумамеда, улучшение в этой группе отмечалось у 20 больных.

Электронномикроскопическими исследованиями у 60% больных основной группы установлено, что после эндобронхиального облучения слизистой оболочки трахеи и бронхов гелий-неоновым лазером и введении биопрепарата фагио происходила значительная активация структурно-функциональных показателей с сохранением клеток фагоцитарного ряда. Это выражалось отчетливой компактностью хроматина ядра, изменением ядерно-цитоплазматического соотношения в пользу целостности цитоплазмы, а также усилением вакуализации и увеличения количества псевдоподий. Данная структурная реорганизация и увеличение функциональной активности клеток после 3-х сеансов лазерокавитации и фагиотерапии, обуславливали полное восстановление их подвижности и способности фагоцитировать чужеродные элементы, а также более полно утилизировать фрагменты тканевого детрита.

Выводы. Проведенные цито- и гистохимические исследования микропрепаратов, приготовленных из мазков-отпечатков слизистой оболочки бронхов, бронхиальных смывов, выполненные в процессе эндобронхиальной лазерокавитации и фагиотерапии, а также ингаляций кромогликата натрия, назначения сумамеда и бекламетазона внутрь, позволило сделать следующие выводы. Проведенные сеансы эндобронхиальной лазерокавитации и фагиотерапии способствуют элиминации тканевого воспалительного детрита из просвета бронхов, за счет разрушения водонерастворимых кальцинированных фосфолипидных комплексов и образованию мелкодисперсных соединений с преобладанием мукополисахаридного компонента. Лазерное излучение уже после 3-4-х сеансов рассасывает воспалительный тканевой детрит в просвете бронхов. В контрольной группе больных, получавших нестероидные ингаляционные препараты, системные глюкокортикоиды и макролид сумамед, стабилизация наступала только лишь после 12-15-дневного курса лечения.

Литература:

1. Алексеева Н.В., Гайдышев Э.А., Бирюков В.В. Антиоксидантный эффект эндобронхиального применения гелий-неонового лазерного излучения при хронических заболеваниях легких у детей.// Ст. научных трудов. – М., 2008. – 72-78.
2. Бирюков В.В., Ильясов И.Е. Цитологическая и гистохимическая характеристика эндобронхита при хирургических формах хронических заболеваний легких у детей.// Вопросы охраны материнства. - 2000.-ч.3.-с.11-14.
3. Босенков А.А.. Торакальная хирургия.// - СП б, 2010.-526с.
4. Волков И.К.. Применение низкочастотного ультразвука и излучения гелий-неонового лазера в торакальной хирургии у детей.// Автореферат дисс.канд.мед.наук. - М., 1999.-17с.
5. Вербин О.И.. Клиническая эффективность нили в комплексном лечении нагноительных заболеваний легких у детей.// Дисс.канд.мед.наук. - Волгоград, 2008.-26с.
6. Дворецкий Л.И., Дубровская И.В., Грумина С.А.. Клинико-микробиологический мониторинг больных с обострением хронического бронхита, леченных антибактериальными препаратами.// Терапевт. Архив. - 2006.-№3.-с.25-35.
7. Иванов С.А.. Применение нили в эндобронхиальном лечении хронических нагноительных заболеваний легких у детей.// Росс.вестн.перинаталь.и педиатрии. - 2010.-№7.-с.55-57.

УДК 616-053.31-616.9-097-612.015.348

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ**Ж.А. Мусабекова****Государственный медицинский университет города Семей****Түйіндеме****ЖАТЫРШЫЛІҚ ӨКПЕ ҚАБЫНУЫ КЕЗІНДЕ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИН ДЕҢГЕЙІНІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ****Ж.А. Мусабекова**

Аурудың бастапқы кезеңінде аталған белок деңгейі: жетіліп туылғандарда 132,0 мкг/мл, I дәрежелі шала туылғандарда 140,7 мкг/мл, II дәрежелі шала туылғандарда 154,03 мкг/мл тең болса, сауығу кезеңінде жетіліп туылғандарда 52,6 мкг/мл, I дәрежелі шала туылғандарда 74,5 мкг/мл, II дәрежелі шала туылғандарда 76,7 мкг/мл тең болды, демек АФП мұндай өзгерісін диагностикалық тест ретінде тәжірибеде қолдануға ұсынуға болады.

Summary**DIAGNOSTICAL LYMEANS OF ALPHA-FETOPROTEIN AT INTRA UTERINE PNEUMONIA****Zh.A. Mussabekova**

In acute period of the disease average concentration of alpha-fetoprotein(AFP) in full term newborns has formed 132,0 mkg/ml, in preterm infants of I degree - 140,7 mkg/ml, in preterm infants of II degree - 154,03 mkg/ml, at period of recovery in full term newborns AFP has formed 52,6 mkg/ml, in preterm infants of I degree - 74,5 mkg/ml, in preterm infants of II degree - 76,7 mkg/ml, that possible to use as diagnostic test.

В перинатальном периоде формируется здоровье каждого индивидуума, его интеллект, разнообразные способности, потенциальное долголетие, а также хронические заболевания взрослого периода жизни, приводящие к инвалидности. Возрастание частоты врожденных пневмоний и недостаточная изученность роли иммунологической реактивности, в частности, в связи с иммунорегуляторным влиянием альфа-фетопротеина (АФП) в возникновении, течении и исходах врожденной пневмонии обуславливают актуальность исследования диагностического значения определения содержания в крови АФП при врожденных пневмониях у новорожденных детей, результаты которого могут найти применение для дальнейшего совершенствования терапии этого контингента детей, а следовательно и снижения смертности новорожденных.

С целью выяснения особенностей иммунитета и содержания АФП у новорожденных с врожденной пневмонией исследовалась сыворотка крови 125 новорожденных, из них 95 с врожденной пневмонией и контрольная группа – 30 новорожденных детей. Из 95 новорожденных основной группы было 45 доношенных, 17 недоношенных I степени и 33 недоношенных II степени. В контрольную группу вошло 10 условно здоровых доношенных новорожденных, 10 условно здоровых недоношенных I степени и 10 условно здоровых недоношенных II степени. Уровень АФП исследовался в сыворотке крови в динамике заболевания: на 3 – 5 день и на 14 – 20 день жизни, то есть в период выраженных клинических проявлений и в периоде реконвалесценции. Определение альфа-фетопротеина в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием набора «АФП – ИФА – БЕСТ – 400 – стрип».

Среди обследованных новорожденных с врожденной пневмонией процент доношенных детей составил 47,4 %. Критерием включения новорожденных в контрольную группу было отсутствие клинкорентгенологических данных пневмонии. Летальный исход наступил у 9 (9,5%) новорожденных с тяжелой формой врожденной пневмонии, чаще всего на фоне несовместимых с жизнью пороков развития. Врожденные пневмонии характеризовались тяжелым состоянием детей при поступлении и прогрессированием тяжести состояния в динамике, длительным течением

и медленным восстановлением нарушенных функций. Татаринцевым Ю.С. и соавт. установлено, что альфа-фетопротеин у плода и новорожденного синтезируется не только в печени, но и в легких. При исследовании содержания альфа-фетопротеина в сыворотке крови у больных с врожденной пневмонией высокое содержание этого фетального белка обнаружили у всех новорожденных. В остром периоде заболевания наличие АФП в сыворотке крови определили у 6,3 % новорожденных со среднетяжелой и у 93,7 % новорожденных с тяжелой врожденной пневмонией. Концентрация АФП в период выраженных клинических проявлений составила в среднем $140,2 \pm 3,7$ мкг/мл, что в 2 раза было выше содержания его у детей контрольной группы, $98,1 \pm 4,0$ мкг/мл. Содержание АФП в периоде реконвалесценции в сыворотке крови у новорожденных с врожденной пневмонией составило $64,5 \pm 2,2$ мкг/мл, в контрольной группе $28,6 \pm 2,1$ мкг/мл. Средняя концентрация АФП в сыворотке крови на 3-5 день жизни у доношенных новорожденных с врожденной пневмонией составила $132,0 \pm 0,1$ мкг/мл, что выше средних показателей АФП у доношенных новорожденных контрольной группы ($84,5 \pm 4,0$ мкг/мл). Средняя концентрация АФП в сыворотке крови на 14-20 день жизни у доношенных новорожденных с врожденной пневмонией составила 52,6 мкг/мл, что выше средних показателей АФП у доношенных новорожденных контрольной группы (21,9 мкг/мл). У новорожденных основной группы с недоношенностью I степени содержание АФП в сыворотке крови в остром периоде составило $140,7 \pm 0,4$ мкг/мл, что статистически достоверно ($P < 0,001$) выше, чем у доношенных основной группы и в 1,4 раза выше, чем у недоношенных I степени контрольной группы ($99,0 \pm 5,6$ мкг/мл). Средняя концентрация АФП в сыворотке крови новорожденных основной группы с недоношенностью II степени на 3-5 день жизни составила $154,03 \pm 0,03$ мкг/мл, что статистически достоверно ($P < 0,001$) выше, чем у доношенных и недоношенных I степени этой группы и в 1,3 раза выше, чем у недоношенных II степени контрольной группы ($111,2 \pm 6,4$ мкг/мл).

В периоде реконвалесценции уровень АФП у доношенных новорожденных с врожденной пневмонией снизился в 2,5 раза, у недоношенных I степени – в 1,9 раза, у недоношенных II степени – в 2 раза. Средняя концен-

трация АФП в сыворотке крови у новорожденных с неблагоприятным исходом врожденной пневмонии в остром периоде составила $150,3 \pm 2,5$ мкг/мл, что выше, чем у детей с благоприятным исходом заболевания ($138,9 \pm 0,3$ мкг/мл). Наибольшая концентрация АФП выявлялась в период выраженных клинических проявлений. Особенно ярко указанные закономерности проявились в группе больных с неблагоприятным исходом заболевания.

Таким образом, повышенное содержание в сыворотке крови альфа-фетопротейна у новорожденных с врожденной пневмонией оказывает иммуносупрессивное воздействие на иммунную систему этого контингента детей. Следовательно, можно рекомендовать определение уровня АФП сыворотки крови у новорожденных при врожденной пневмонии как диагностический тест.

Литература:

1. Атауллаханов Р.И., Гинцбург А.Л. Иммуитет и инфекция: динамичное противостояние живых систем. Педиатрия. 2005. №4. С 47–61.
2. Володин Н.Н., Дегтярева М.В. Иммунология перинатального периода: проблемы и перспективы. Педиатрия. 2001. №4. С 4–8.

атрия. 2001. №4. С 4–8.

3. Дадамбаев Е.Т., Наурызбаева Г.Б., Таукебаева Г.З. и др. Содержание альфа-фетопротейна в крови у новорожденных детей с отягощенным преморбидным состоянием. Сборник Международной конференции «Здоровье детей – проблема и будущее нации». Алматы. 2004. С 90 – 91.

4. Дементьева Г.М., Рюмина И.И., Кушнарева М.В. Актуальные проблемы пульмонологии новорожденных. Ж. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2001. №5. С 14.

5. Зелинская Д.И. Задачи органов здравоохранения по снижению заболеваемости и смертности при бронхолегочной патологии в детском возрасте. Педиатрия. 2000. №1. С 24.

6. Прямова Ю.В., Самсыгина Г.А. Фетальный иммунный ответ на протяжении 22- 40 неделях гестации. Педиатрия. 2007. №1. С 7–14.

7. Татаринов Ю.С. Иммунологическое исследование сывороточных белков человека: автореф. ...док.мед. наук. Астрахань, 1964. 36 с.

УДК 616.299-002.-053.2

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ И БИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ТРАХЕОБРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

К.К. Рахимжанов, Б.М. Майлыбаев, Б.Б. Тулькубаев, С.А. Изнаиров, М.Т. Еркебаев

КГКП « Центр матери и ребенка», г. Усть-Каменогорск

Актуальность проблемы. В основе причин возникновения и развития хронических неспецифических заболеваний легких у детей лежат острые воспалительные процессы с затяжным течением и повторяющиеся острые бронхопневмонии. У ряда больных детей причиной хронических бронхолегочных нагноительных заболеваний могут быть врожденные пороки развития, астма, нагноительные заболевания легких, муковисцидоз, ожоги пищевода, хронические заболевания лимфоидной системы и др.

С улучшением диагностики и лечения уменьшается число хронических пневмоний, частота возникновения которых связана с детскими инфекциями, нарушением питания, влиянием антенатальных и постнатальных неблагоприятных факторов. Определенную роль в снижении заболеваемости хроническими пневмониями играет улучшение социально-бытовых условий и обязательное проведение профилактических прививок.

Целью настоящей работы явилось цитологическое и биохимическое исследование смывов и клеточного состава при гнойных трахеобронхитах у детей.

Материал и методы исследования. В зависимости от тяжести местных обратимых и необратимых изменений при хронических трахеобронхитах у 207 больных в возрасте от 7 до 15 лет, изучены результаты цитологического и биохимического исследования бронхиальных смывов. При изучении клеточного состава установлены больные с неизменными и измененными эпителиальными клетками, изменениями количественного и качественного состава эозинофилов, лимфоцитов, нейтрофилов и моноцитов. Наряду с морфологическими находками, свидетельствующими о глубине и обратимости выявленных изменений, цитологические данные помогали выбрать оптимальные методы патогенетического лечения.

Результаты исследования и их анализ. Все больные дети в наших наблюдениях за период 2006-2009гг., в зависимости от формы проявления патологии и тяжести течения хронического эндобронхита распределены на 2 клинические группы, представлены в таблице 1.

Таблице 1. Характеристика клинических групп обследования больных.

Клиническая группа	Тяжесть течения болезни	Количество больных n=121
I-местная (в пределах пневмосклеротических сегментов)	Легкое течение	37 (38,1%)
	Среднетяжелое течение	60 (61,7%)
II-распространенная (в пределах склеротически измененных сегментов реактивные и диффузные формы)	Тяжелое течение	24 (24,7%)

В зависимости от тяжести местных обратимых и необратимых изменений при хронических трахеобронхи-

тах у 207 больных в возрасте от 7 до 15 лет, изучены результаты цитологического и биохимического исследо-

вания бронхиальных смывов. При изучении клеточного состава установлены большие с неизменными и измененными эпителиальными клетками, изменениями количественного и качественного состава эозинофилов, лимфоцитов, нейтрофилов и моноцитов. Наряду с морфологическими находками, свидетельствующими о глубине и обратимости выявленных изменений, цитологические данные помогали выбрать оптимальные методы патогенетического лечения.

Распределение больных на две клинические группы в зависимости от формы проявления и тяжести течения гнойного трахеобронхита осуществляли исходя из требований практической хирургии, где одно и то же заболевание может протекать в различной форме, с разной степенью тяжести клинико-морфологических проявлений и требовать того или иного метода лечения. Однако, результаты лечения также могут иметь различные исходы. Кроме того, глубину морфологических изменений и течение хронических гнойных эндобронхитов может обуславливать соответствующая тяжесть патологического процесса, общие и местные осложнения.

В работе были использованы общеклинические бронхологические, морфофункциональные и др. методы исследования. Препараты для цитологической оценки состояния бронхиального отделяемого, готовились по методике Е.К. Баландиной (1980). Для выявления фосфолипидного компонента их окраска проводилась методом контролируемого хромирования (раствором 2,5% биохромата калия) по Элфману (1985), кальциевые соединения в бронхиальной жидкости по методике КОСС (1980).

Препараты для электронно-микроскопических исследований готовились контрастированием препаратов уранилацетатом и доокраски по Райнольдсу (1960). Результаты исследований обработаны методом математической статистики с вычислением средних арифметических (M), среднего квадратического отклонения (CT), арифметической ошибки (m). Достоверность различий установлена с помощью критерия Стьюдента (t) с помощью числа прикладных программ Microsoft Excell, версия 97.

Патологические изменения морфологического и биохимического порядка, составляющие основу гиперреактивности слизистой оболочки, у 52 больных с хроническими гнойными бронхитами, развивались вследствие сложного взаимодействия между воспалительными клетками и противовоспалительными медиаторами. Это, соответственно, определяет необходимость раннего начала противовоспалительной терапии, значительно упрощаемой разработкой ингаляционных эндобронхиальных биопрепаратов и низкоинтенсивного лазерного облучения. У большинства 95 (78,5%) детей причиной обострения патологического процесса в слизистой оболочке бронхов являлась респираторная инфекция.

В настоящее время, в целях профилактики прогрессирования и лечения воспалительных изменений бронхов, у больных с хроническими гнойными эндобронхитами, используются две группы противовоспалительных лекарственных средств.

Первая группа - это нестероидные ингаляционные препараты: кромогликат натрия, интал, кромоген, недокромил натрия и тайлед. Вторая группа медикаментозных средств представлена различными лекарственными формами глюкокортикостероидов. Нестероидные ингаляторы в качестве противовоспалительной монотерапии эффективны при лечении больных с хроническими бронхитами легкой степени тяжести при подготовке к операции. Стероидные препараты, которые должны назначаться по клиническим показаниям, эффективны

при любой тяжести хронической пневмонии с трахеобронхитом. Их ингибирующее влияние на все стадии воспалительного процесса, опосредуемого различными механизмами, хорошо известно. Их применение в контрольной группе больных ориентирует на улучшение дренажной функции бронхов, приводящее к снижению концентрации патогенов и как следствие, напряженности местных защитных факторов, что улучшает течение послеоперационного периода.

Представление о сущности декларируется бронхолизисом, обструкцией, являясь универсальным источником всех последующих патологических событий, развивающихся в бронхолегочной системе.

Цитологически, у больных с хроническим трахеобронхитом, отмечалось увеличение количества измененных эпителиоцитов (10,4%), почти половину клеточного состава которых, составили нейтрофильные лейкоциты (54,1%). Установлено увеличение эозинофилов в два раза по сравнению с нормативными показателями (6,0%) (Р).

Особенностью хронических трахеобронхитов является морфологическая перестройка их мерцательного эпителия, подвергающегося истинной метастазии. Увеличивается количество дегенеративных форм клеток, нейтрофильная воспалительная инфильтрация стенки бронхов. Следует также отметить, что при хронических трахеобронхитах, наряду с выраженностью воспалительной реакции, в адаптатах уменьшалось число макрофагов.

Подобная перестройка с одной стороны, иллюстрирует недостаточность компенсаторных механизмов в слизистой бронхов, приводящие к их срыву (декомпенсации).

Морфологическая находка при исследовании характеризует глубину и обратимость выявленных изменений.

При хронических пневмониях у детей бронхоцитогамма отличалась резким возрастанием количества неизмененных эпителиоцитов (12,7%) и увеличением, почти в 9 раз от нормы, эозинофилов (17,2%). В отличие от хронического бронхита, содержание нейтрофилов при хронической пневмонии было меньше (26,9%), макрофагов несколько больше (25,7%).

Бронхоцитогамма у детей с хроническим бронхитом подтверждает, что эозинофилы при аллергическом воспалении концентрируются на слизистой бронхов. При их распадае выделяются медиаторы воспаления, наиболее токсичный из которых - эозинофильный кофактор, который поддерживает аллергическое воспаление. У больных с хронической пневмонией в бронхоцитогамме преобладают нейтрофилы (17,7%), встречаются активные макрофаги (7,8%). Вместе с тем на фоне морфологических изменений в нижних дыхательных путях, происходит утолщение мерцательного эпителия, но не так выражено, как при хроническом бронхите.

Несмотря на то, что при ХБ и ХНЗЛ в бронхоцитогамме в обеих группах количество эозинофилов превышает (5,7%) нормативные данные, при хроническом бронхите это число значительно выше (17,2%), чем при хронической пневмонии, что в дальнейшем, предполагает развитие аллергического воспаления слизистой оболочки бронхов, соответственно ухудшая течение трахеобронхита. Полученные коэффициенты позволяют достоверно утверждать о тесной корреляции уровня содержания нейтрофилов с выраженностью бронхиальной секреции (0,76%) и с ее характером. Качество и количество гнойного отделяемого имеют обратную корреляционную связь с относительным количеством лим-

фоцитов (0,44) и макрофагов (-0,58) в бронхоцитограмме (P).

Слизисто-гнойный и гнойно-фибринозный эндобронхит были тесно связаны с числом лимфоцитов ($t=+0,28$ и $0,5$ а также с макрофагами ($t=0,23$ и $0,56$). Содержание эозинофилов слабо коррелировалось с гнойным ($t=0,06$) и слизисто-гнойным эндобронхитом ($0,05$). Лишь при катаральном эндобронхите коэффициент корреляции достоверно увеличивался ($t=+0,24$) (P).

Выводы. У детей с гнойным эндобронхитом на фоне рецидивирующего течения или ограниченной локализованной формы хронического бронхита, процесс ограничивался лишь слизистой оболочкой и рентгенологические признаки пневмосклероза отсутствовали. При лазерном воздействии и фагиотерапии вторая стадия репарации переходила сразу в четвертую, пятую; т.к. репаративный процесс приобретал более завершённый и стойкий характер.

При этом отмечалось восстановление нормальной кооперации клеток со стороны слизистой оболочки, проявляющееся мелкими везикулами и гранулами, состоявшими из мукополисахаридов, фосфолипидов и кальция.

В группе детей с гнойным эндобронхитом глубокая деформация бронхиального дерева, обусловленная пневмосклеротическими изменениями проявлялась признаками бронхоэктазии в объеме нескольких сегментов и доли легкого. Под курсовой ингаляцией хромогликата репаративный процесс происходил значительно быстрее при условии 12-15 дневного непрерывного курса. Полученные данные эндобронхиальной

картины с улучшением регенеративных процессов служили достоверным показателем готовности больных к оперативной коррекции - экстирпации пораженных ателектатических бронхов по Ю.Ф.Исакову и Э.А. Степанову (1970).

Литература:

1. Максимова З.Х., Сейсебаева Р.Ж., Уметова Л.Ж.. Патоморфологические особенности изменения слизистой оболочки воздухоносных путей и респираторных трактов у детей // Педиатрия и детская хирургия Казахстан №4.-2008.-с.40-42
2. Мусаев А.Ж., Токбергенова С.М. Показатели процессов репарации у детей с рецидивирующим бронхитом // Вестник академии, 2006.№3. с. 73-74
3. Овсянников О.Ю., Петрук А.М., Кузьменко А.Г. Бронхолегочная дисплазия у детей // Педиатрия, 2004; 1: 91-94.
4. Полов В.М., Жданов С.М. Обследование и предоперационная подготовка при бронхоэктазах у детей.// Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии. – М,2006-136-138с.
5. Практическая пульмонология детского возраста (справочник,3-е изд.) под ред. Таточенко В.К. М., 2006.
6. Рачинский С.В., Середач В., Споров О.А.. Пневмосклерозы у детей.// М.,2000-180с.
7. Вечтап А. // *Profilaxe and Therapie der postoperativen dre trark; bronchopleurale diesise in children.* - arch clinch: г., 2006:280 (16). – 563-572.

УДК 613.84+351.761.2-053.6

КУРЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КАК ПРОБЛЕМА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

У.С. Самарова, Д.М. Битебаева, Т.А. Суттибаева

Государственный медицинский университет города Семей,
КГКП «Городская больница №2», г. Семей

Тұжырым

ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ШЫЛЫМ ШЕГУІ ДЕНСАУЛЫҚТЫ ҚОРҒАУДА МӘСЕЛЕ РЕТІНДЕ

У.С. Самарова, Д.М. Битебаева, Т.А. Суттибаева

Әлемдегі барлық елдерде шылым шегу өте кеңінен таралған және шылым шегуге байланысты сырқаттанушылықтан ересек адамдардың қайтыс болуының, ең бір басты себебі болып табылады. Шылым шегу жалғыз-ақ жойылатын себеп болса да, жыл сайын шылым шегуден 5 млн. адамдар қайтыс болады. Қазақстанда 140 мың 13-15 жастағы жасөспірімдер шылым шегеді, 8 жасар балалардың шылым шегуі қауіпті жағдай болып келеді.

Summary

SMOKING OF TEENAGERS AS HEALTH PROTECTION PROBLEM

U.S. Samarova, D.M. Bitebayeva, T.A. Suttibayeva

Tobacco smoking is widespread worldwide and is one of the main reasons of premature death of adult people from the diseases connected with smoking. Tobacco smoking kills 5 million people every year, being the unique and removable reason. In the Republic of Kazakhstan more than 140 thousand smoking teenagers at the age of 13-15 years. There are cases of smoking of children at the age of 8 years become norm.

Актуальность. Табакокурение широко распространено во всех странах мира и является одной из главных причин преждевременной смерти взрослых людей от заболеваний, связанных с курением. Среди них рак легкого, полости рта, пищевода и другой локализации, сердечно-сосудистая патология, хронические заболевания легких и др. Табакокурение

убивает 5 млн. людей каждый год, являясь единственной и устранимой причиной. В Казахстане насчитывается более 140 тысяч курящих подростков в возрасте 13–15 лет. Нормой становятся случаи курения детей в возрасте 8 лет. Курение среди несовершеннолетних является очень серьезной проблемой, в борьбе с которой должны быть

задействованы все заинтересованные лица общества, включая государство, розничных продавцов, родителей и учителей.

Цель: Целью данной работы является изучение табакокурения среди подростков.

Задачи исследования:

-изучение причин распространения табакокурения среди подростков.

-разработка мероприятий по снижению уровня распространенности табакокурения среди подростков

Методы исследования: Анкетирование школьников, проживающих в сельской местности (с. Глуховка, с. Долонь, с. Мостик), школ г. Семей (1,4)

По статистическим данным в Казахстане насчитывается более 140 тыс. курящих подростков в возрасте 13-15 лет. Курение среди несовершеннолетних является очень серьезной проблемой, в борьбе с которой должны быть задействованы все заинтересованные лица общества, включая государство, родителей и учителей.

По результатам анкетирования средний возраст курящих подростков составляет 13 лет.

Подростки отмечают, что одной из причин начала курения как любопытство, пример друзей и взрослых, боязнь оказаться несовременным. По этой причине, по нашим исследованиям каждый третий пробовал табачные изделия в возрасте 10 лет, из них 17,7% - в возрасте 7 лет.

С увеличением возраста, число подростков, имеющих вредные привычки, растет. Распространенность табакокурения среди детей в возрасте 11-14 лет составляет 10%, среди старшеклассников 21%. Курящие подростки отличаются от некурящих более высокой распространенностью и других форм отклоняющегося поведения – уровнем алкоголизации, приобщением к наркотическим веществам. Сочетание указанных вредных привычек прослеживается у подростков, проживающих в городе: употребление спиртных напитков с 10 лет, наркотики – 12 лет.

Важную роль в формировании курительного поведения принадлежит семье, где дети впервые узнают о курении и зачастую становятся пассивными курильщиками. Существует тесная связь между курением родителей и формированием привычки у детей. Исследования показали, что у курящих подростков родители (в основном отцы) курили.

Факторами риска, способствующими формированию отклоняющихся форм поведения подростков, являются определенные социальные характеристики семьи (состав семьи и психологический климат). Результаты анкетирования показывают, что в неполных семьях особенно в семьях с ухудшенными семейными взаимоотношениями происходит более раннее формирование вредных привычек, и их распространенность превышает 1-1,5 раза, чем из учащихся, проживающих в благополучных семьях.

Курение рассматривается как фактор риска, способствующий в последующем формированию хронических заболеваний. Установлена тесная связь между загрязнением воздуха табачным дымом курящих родителей.

И повышенным риском проявления у детей в возрасте 8-11 лет кашля с выделением мокроты. Исследования показывают, что у курящих подростков нарушаются механизмы регуляции дыхания, оно становится менее экономичным, изменения мозгового кровообращения. Среди регулярно курящих школьников (28,7%), а также у курящих с малым стажем (10%), было больше жалоб, по сравнению с некурящими, на кашель, одышку, слабость, снижение когнитивных функций – внимания, объема кратковременной памяти, снижение точности и скорости логических операций.

Таким образом, тенденция увеличения распространенности вредных привычек среди подростков является неблагоприятной для прогноза здоровья подрастающего поколения в ближайшем будущем и развития хронической патологии в последующем. За последнее десятилетие произошло не только количественное увеличение распространенности табакокурения среди подростков, но и качественное изменение – увеличение доли подростков со сформировавшейся зависимостью к курению. Совершенно очевидно, что профилактические программы формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни должны начинаться в более ранних возрастных группах. У подростков старшей группы, наряду с потребностью в таких программах, формирует выраженную потребность в конкретной помощи для отказа от курения, что требует помощи психолога и медиков.

Решение неотложной задачи по снижению распространенности вредных привычек среди подростков требует межведомственного взаимодействия усилий врачей, педагогов, родителей, социальных работников всего общества. Необходимо принятие решений и на законодательном уровне, в частности, активная профилактика вредных привычек среди взрослого населения, ограничение рекламы табачных изделий, вытеснение социально опасной рекламы.

Литература:

1. Андреев П.М., Латынов А.Г. и др. Состояние функции внешнего дыхания у подростков. //Казахский медицинский журнал.- 1994-г. XXV.-№6.- С. 461-462.
2. Гурова О.А., Самбунова И.П., Соколов Е.В. Влияние курения табака на организм подростков. //Новые исследования в психологии и возрастной физиологии. 1991.- №2.- С.110-112
3. Журавлева М.С., Сетко Н.П., распространенность вредных привычек среди подростков как медико-социальная проблема современного общества. Материалы Вс. Научно-практ. конф. С международным участием «Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи» 15-17 мая 2006 г. Москва С. 53-54
4. Шубочкина Е.И., Молчанова С.С., Куликова А.В. Курящие подростки как медико-социальная проблема. Материалы X Съезда педиатров России «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям». Москва, 8-10 февраля 2005. С. 611.

УДК:616-053.5

КЛИНИЧЕСКИЕ ТИПЫ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ

Г.Т. Камашева, Р.Ж. Бактыбаева, К.Н. Жанасова, Г.М. Майжанова, К.Ж. Койшыбаева

Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

В зависимости от течения ОРЗ нами были выявлены два клинических типа часто болеющих детей. Для первого клинического типа характерна высокая кратность ОРЗ, J_{03} - от 0,67 и выше, выраженная интоксикация и лихорадка, бронхообструктивный синдром, затяжной кашель в периоде реконвалесценции, осложнения в виде бронхитов и пневмонии; для второго клинического типа характерна меньшая кратность острых заболеваний, J_{03} - от 0,33 до 0,67, затяжное и волнообразное течение, затяжной ринит в периоде реконвалесценции с осложнениями со стороны ЛОР-органов.

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫ ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТҮРЛЕРІ

Г.Т. Камашева, Р.Ж. Бактыбаева, К.Н. Жанасова, Г.М. Майжанова, К.Ж. Койшыбаева

Жедел респираторлы ауру (ЖРА) өту ерекшелігіне байланысты жиі ауыратын балалардың екі клиникалық түрі анықталды. Бірінші клиникалық түрде ЖРА өте жиі болады (6-дан 8-ге дейін), J_{03} -0,67 және одан жоғары, айқын интоксикация және қызба, бронхообструктивті синдром, сауығу кезінде созылыңқы жөтел, бронхит және пневмония тәріздес асқынулар байқалады; екінші клиникалық түрде ЖРА жиілігі төмендейді (4-тен 6-ға дейін), J_{03} - 0,33-тен 0,67-ға дейін, созылыңқы және толқын тәріздес өту және сауығу кезінде ЛОР-жүйесінен асқынулар байқалады.

Summary

CLINICAL TYPES OF FREQUENT ILL CHILDREN IN SEMEY CITY

G.T. Kamasheva, R. Zh. Baktibaeva, K.N. Zhanasova, G.M. Maizhanova, K.Zh. Koishibayeva

There are revealed two clinical types of frequent ill children depending from the course of ARI. First clinical type is characterized by high frequency of ARI, J_{03} – 0, 67 and more, expressed intoxication and fever, bronchoobstructive syndrome, cough during reconvalescent period, complications are in the type bronchitis and pneumonia; second clinical type is characterized by low frequent of acute respiratory infections, J_{03} – from 0,33 up to 0,67, cough and fulminant course, rhinitis during reconvalescent period and complications as a diseases of ENT – organs.

В зависимости от течения ОРЗ нами были выявлены два клинических типа часто болеющих детей. Мы их обозначили как первый клинический тип и второй клинический тип.

Первый клинический тип характеризовался высокой кратностью ОРЗ (от 6 до 8 раз в год), индекс резистентности у них колебался от 0,67 и выше. ОРЗ при данном клиническом типе протекало с выраженной интоксикацией и лихорадкой. На фоне ОРЗ у часто болеющих детей с первым клиническим типом нередко наблюдался бронхообструктивный синдром. В периоде реконвалесценции выявлялся затяжной кашель. Отмечались осложнения со стороны бронхолегочной системы в виде бронхитов и пневмонии.

Второй клинический тип характеризовался меньшей кратностью острых заболеваний (от 4 до 6 ОРЗ в год), индекс резистентности у них колебался от 0,33 до 0,67. Заболевание протекало с менее выраженным повышением температуры в пределах до 38°C. ОРЗ у данных детей характеризовалось затяжным и волнообразным характером течения. В периоде реконвалесценции часто наблюдалась признаки затяжного ринита. В структуре осложнений выявлялись отиты и синуситы.

Особенности течения ОРЗ у обследованных детей были проанализированы нами в зависимости от возраста и клинического типа (таблицы 1-3).

Таблица 1 - Особенности течения ОРЗ у детей младшей возрастной группы в зависимости от клинического типа

Симптомы	Первый тип, n=26		Второй тип, n=23		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Выраженная интоксикация	26	100	11	47,8±10,4	<0,05
Высокая температура тела (свыше 39С)	24	92,3±5,2	9	39,1±10,2	<0,05
Затяжное (волнообразное) течение заболевания	5	19,2±7,7	21	91,3±5,9	<0,01
Бронхообструктивный синдром	14	53,8±9,8	4	17,4±7,9	<0,05
Затяжной кашель	17	65,4±9,3	6	26,1±9,2	<0,05
Затяжной ринит	3	11,5±6,3	15	65,2±9,9	<0,05
Осложненное течение					
- бронхит, пневмония	5	19,2±7,7	1	4,3±4,2	>0,05
- отит, синусит	2	4,4±4,0	10	43,5±10,3	<0,05

В младшей возрастной группе кардинальными симптомами при первом клиническом типе были: выраженная интоксикация (у 100% детей), высокая температура тела (92,3%). В большом числе случаев ОРЗ протекало на фоне бронхообструктивного синдрома (53,8%), с затяжным кашлем в период реконвалесцен-

ции (65,4%). В качестве осложнений отмечались чаще бронхиты и пневмонии – в 3 и 2 случаях соответственно (19,2%).

Для второго клинического типа симптоматика выраженной интоксикации, высокой лихорадки не была настолько характерной и выявлялась в 2 раза реже, чем

при первом клиническом типе. В наибольшем числе случаев отмечалось затяжное (волнообразное) течение ОРЗ (91,3%), затяжной ринит в период реконвалесценции (65,2%). Частота поражения бронхов была значительно меньшей, чем при первом клиническом типе.

Характерным осложнением ОРЗ при данном клиническом типе были отиты, синуситы (43,5%).

Общие особенности течения ОРЗ по клиническим типам были характерны и для второй возрастной группы – 7-11 лет (таблица 2).

Таблица 2. - Особенности течения ОРЗ у детей средней возрастной группы в зависимости от клинического типа

Симптомы	Первый тип, n=25		Второй тип, n=27		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Выраженная интоксикация	22	88,0±6,5	12	44,4±9,6	<0,05
Высокая температура тела (свыше 39С)	21	84,0±7,3	9	33,3±9,1	<0,05
Затяжное (волнообразное) течение заболевания	3	12,0±6,5	18	66,7±9,1	<0,05
Бронхообструктивный синдром	18	76,0±8,5	5	18,5±7,5	<0,01
Затяжной кашель	20	80,0±8,0	7	25,9±8,4	<0,05
Затяжной ринит	7	28,0±9,0	22	81,5±7,5	<0,05
Осложненное течение					
- бронхит, пневмония	7	28,0±9,0	2	7,4±5,0	<0,05
- отит, синусит	3	12,0±6,5	13	48,1±9,6	<0,05

Выраженная интоксикация и лихорадка у детей данной группы при первом клиническом типе были выявлены в подавляющем большинстве случаев (88,0% и 84,0% соответственно), т.е. при сравнении с группой 5-6 лет частота данной симптоматики снижалась. Напротив, доля детей с признаками бронхообструкции и затяжным кашлем имела тенденцию к повышению и составила 76,0% и 80,0% соответственно.

Затяжное течение и признаки поражения носоглотки у детей с данным клиническим типом отмечались лишь в единичных случаях. Существенно возросла частота осложнений, составившая 28,0%, за счет увеличения числа бронхитов до 5 случаев (20,0%).

Относительное число детей с выраженной интоксикацией, лихорадкой в дебюте ОРЗ при втором клиническом типе было в 2 раза меньше, чем при первом.

По сравнению с возрастной группой 5-6 лет значительно снизилась частота затяжного течения (66,7%), в

то же время затяжной ринит в период реконвалесценции повысился до 81,5%. Также как и при первом клиническом типе увеличилась по сравнению с младшей группой частота характерных для данного клинического типа осложнений (48,1%).

Показатели клинического течения ОРЗ у детей старшей возрастной группы представлены в таблице 3.

По сравнению с двумя ранее описанными возрастными группами отмечалось заметное снижение частоты общей симптоматики ОРЗ (выраженной интоксикации, лихорадки), хотя при первом клиническом типе сохранялось превышение над вторым, характерное, таким образом, для всех возрастных групп.

При первом клиническом типе снизилась частота бронхообструктивного синдрома и затяжного кашля по отношению к возрастной группе 7-11 лет, хотя превышение над вторым клиническим типом оставалось.

Таблица 3. - Особенности течения ОРЗ у детей старшей возрастной группы в зависимости от клинического типа

Симптомы	Первый тип, n=29		Второй тип, n=25		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Выраженная интоксикация	13	44,8±9,2	6	24,0±8,5	>0,05
Высокая температура тела (свыше 39С)	7	24,1±7,9	2	8,0±5,4	>0,05
Затяжное (волнообразное) течение заболевания	2	6,9±4,7	12	48,0±10,0	<0,05
Бронхообструктивный синдром	19	65,5±8,8	5	20,0±8,0	<0,05
Затяжной кашель	21	72,4±8,3	8	32,0±9,3	<0,05
Затяжной ринит	6	20,7±7,5	16	64,0±9,6	<0,05
Осложненное течение					
- бронхит, пневмония	5	17,2±7,0	1	4,0±3,9	>0,05
- отит, синусит	2	6,9±4,7	13	52,0±10,0	<0,05

Осложненное течение ОРЗ отмечалось при первом типе значительно реже, чем при втором, а также реже, чем в соответствующей группе в возрасте 7-11 лет.

При втором клиническом типе в данном возрасте относительно увеличилась частота признаков, встречающихся чаще при первом типе (бронхообструктивный синдром, затяжной кашель), а также имела тенденция

к нарастанию частоты осложнений, достигшей 56,0% (из них 52,0% - отиты и синуситы).

Таким образом, с увеличением возраста часто болеющих детей выраженность симптомов острого периода заболевания снижается, однако наблюдается динамика к нарастанию частоты осложнений, характерных для обоих клинических типов.

УДК 616.61-002.3-08.2

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Р.Е. Тулеутаева

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

СОЗЫЛМАЛЫ ПИЕЛОНЕФРИТПЕН НАУҚАСТАРДА ПРОБИОТИКАЛЫҚ ЕМНІҢ ҚОЛДАНУ МҮМКІНДІГІ Р.Е. Тулеутаева

Осы жұмыста жалпы клиникалық, бактериологиялық және иммунологиялық зерттеулер сараптамасы негізінде қайталанып ағымдағы созылмалы пиелонефритпен науқастарда Лактив-ратиофарм препаратын қолданудың тиімділігі бағаланған. Пробиотиктің тиімділігі қайталанатын созылмалы пиелонефритпен 40 науқаста қолданған, олардың орташа жасы $48 \pm 1,2$ жас болған. Комплексті емінде Лактив-ратиофарм қабылдаған науқастарда зәр тұнығының санациясы 7 күнде байқалған, ал сальстыру тобында екі апталық емнен кейінде зәр тұнығының толық қалыптасуы байқалмаған. Сонымен қатар, Лактив-ратиофарм препаратын қабылдау ішек дисбиозының көріністерін жойып және бактерияға қарсы препараттарды қабылдау кезінде оның дамуын алдын алған.

Summary

POSSIBILITY OF APPLIANCE PROBIOTICS THERAPY BESIDE SICK WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS R.Ye. Tuleutayeva

In given work is presented estimation to efficiency Laktiv-ratiopharm beside sick recidive currence chronic pyelonephritis on base clinical, bacteriological and immunological of the study. The Estimation to probiotic's efficiency is organized beside 40 sick with recidive currence chronic pyelonephritis, which average age has formed $48 \pm 1,2$ years. In group sick got in complex treatment preparation Laktiv-ratiopharm normalization urinary setting existed already at the first 7 days following begin treatments, when in group of the comparison to full normalization urinary setting did not exist after fortnightly treatment even. Besides, acceptance Laktiv-ratiopharm promoted cut short sign dysbiosis bowels and prevented origin him (it) when receiving antibacterial preparation.

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются одной из актуальных проблем современной нефрологии в связи с их высокой распространенностью, частыми рецидивами и влиянием не только на физическое здоровье больного, но и на его эмоциональную сферу. [1,7].

До 90% неосложненных ИМП имеют рецидивующее течение, которое связано как правило с реинфекцией. Установлено, что у 50 % женщин после эпизода цистита в течение года развивается рецидив, у более 50 % больных рецидивы отмечаются более 3 раз в год. [9,18]. Необоснованность и нерациональное назначение антибактериальных препаратов, самостоятельный выбор и прием пациентами антибиотиков и уросептиков приводят к хронизации процесса, нарушениям иммунорегуляторных механизмов. Повторное назначение антибиотиков одной группы приводит к возникновению резистентных штаммов, а также длительное антибактериальное лечение приводит к нарушению микрофлоры кишечника с развитием тяжелых дисбиозов кишечника.

В связи с этим, наряду с применением растительных препаратов для профилактики рецидивов ИМП возрастает необходимость пробиотической терапии, направленной на профилактику и лечение дисбактериоза кишечника. [2,3,20]

При планировании антибактериальной терапии для проведения соответствующих профилактических мероприятий необходимо оценить наличие у пациента факторов риска ААД: пожилой возраст пациента, госпитализация, наличие предшествующей хронической гастроэнтерологической патологии, тяжелых хронических заболеваний и иммунодефицита, ранее перенесенная ААД. Следующую группу факторов можно условно обозначить как «антибиотикопосредованные», которая включает препараты с широким спектром действия, в частности клиндамицин, аминопенициллины, цефалоспорины 2-го и 3-го поколения. При этом способ введения антибактериального препарата не играет особой роли. При пероральном приеме, помимо влияния на

кишечную микрофлору, возможно и непосредственное воздействие на слизистую оболочку тонкой кишки; при парентеральном введении воздействие в отношении микробиоценоза опосредуется выделением метаболитов препарата со слюной, желчью, секретами тонкой и толстой кишки. Существенно повышается риск ААД при увеличении длительности антибактериальной терапии и проведении повторных ее курсов, комбинации нескольких препаратов. [4,10,19]

При выборе пробиотического препарата возникает несколько проблемных вопросов, первый из которых выживаемость. Как указывалось выше, пробиотическими свойствами обладают только живые микробы. Более того, целым рядом работ было показано, что минимально достаточной дозой, способной осуществлять значимое действие, может считаться доза не менее 10^7 КОЕ [2]. Следует учитывать разрушительное действие желудочного сока на незащищенную флору. Доказано, что лишь небольшое число штаммов лактобактерий (*L. reuteri*, *L. plantarum* NCIB8826, *S. boulardii*, *L. acidophilus*, *L. casei* Shirota) и бифидобактерий обладает кислотоустойчивостью, большинство микробов погибает в желудке. Поэтому предпочтительны пробиотики, заключенные в кислотоустойчивую капсулу. По данным Bezkorovainy A. (2001) [3], лишь 20-40% селективных штаммов выживает в желудке. Pochart D. (1998) продемонстрировал, что из 108 микр. тел лактобактерий, принятых в кислотоустойчивой капсуле, в кишечнике обнаруживается 107, после приема такого же количества в йогурте — 104 микр. тел, а после приема той же дозы в открытом виде в виде порошка микробы в кишечнике не обнаруживаются вовсе. [5,9]

Прямое антимикробное и антитоксическое действие пробиотиков позволяет с успехом применять их при лечении легких и среднетяжелых форм кишечных инфекций. Особенно эффективны пробиотики при вирусных диареях (рота-, адено-, калици-, астровирусы), энтеропатогенных эшерихиозах и антибиотикоассоцииро-

ванной диарее [5,6,13]. Назначение ванкомицина и метронидазола, к которым *Cl. difficile* обычно чувствительна, не предотвращает рецидивов. Конкурентное действие пробиотиков, в частности, конкуренция с *Cl. difficile* за питательные вещества и сайты адгезии, анти-токсическое их действие дают возможность применять пробиотики для профилактики и лечения ААД. Pocharin M. [14,16] была показана эффективность *Lactobacillus GG (LGG)* при лечении ААД в сравнении с плацебо. D'Souza A. L. опубликовал результаты мета-анализа применения пробиотиков при ААД в период с 1966 по 2002 г. [5], на основании результатов 9 открытых рандомизированных исследований был сделан вывод, что *LGG*, *S. boulardii* и *Ent. faecium SF-68* эффективно редуцируют ААД, а *LGG* и *S. boulardii*, кроме того, достоверно устраняют ее рецидивы. В 22 исследованиях показан положительный эффект от назначения пробиотиков при ААД.

Учитывая эти данные, показанием для назначения пробиотиков можно считать не только ААД как таковую, но и антибиотикотерапию, особенно повторную и длительную, с целью профилактики ААД. При этом важным требованием к пробиотикам является антибиотикорезистентность.

Факторами риска транслокации потенциально-патогенных бактерий в мочевыделительную систему являются нарушение иммунного статуса и применение массивной антибактериальной терапии [8,15,21,22]. Следует отметить, что нормальная микрофлора желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) отвечает за ряд жизненно важных функций в организме: участвует в ферментативном расщеплении пищи, всасывании железа, кальция, различных витаминов, обмене желчных пигментов, регуляции кишечной перистальтики, а также в выработке антител и созревании макрофагально-гистиоцитарной системы.[11,12,14] Кроме того, несмот-

ря на весьма богатый диапазон современных представителей антибактериальных препаратов, все чаще выявляются штаммы возбудителей микробно-воспалительного процесса в мочевыводящих путях, обладающие полирезистентностью к антибиотикам, что затрудняет лечение хронического обструктивного пиелонефрита, рецидивирующего течения.

Цель исследования: Оценка эффективности комбинированного препарата Лактив-ратиофарм (NTC S.r.l., Милан, Италия) в комплексной терапии больных с хроническим пиелонефритом, рецидивирующего течения.

Материалы и методы: В основу анализа положен анализ лечения 60 больных с хроническим обструктивным пиелонефритом, рецидивирующего течения. Исследование проводилось на базе Консультативно-диагностического центра г.Семей. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа исследования - 40 больных с включением в комплексную терапию препарат Лактив-ратиофарм, содержащий 5 компонентов натуральной микрофлоры (*Lactobacillus Acidophilus*, *Bifido Bacterium Bifidum*, *Streptococcus Thermophilus*, *Lactobacillus Bulgaricus*, *Lactobacillus sporogenes*) в количестве не менее $1,5 \times 10^9$ КОЕ живых высушенных бактерий, витамины группы В в количестве, обеспечивающем 1/3-2/3 дневной потребности витаминов, которые необходимы человеку во флаконах с крышечкой-дозатором по 1 флакону 2 раза в день, 2 группа сравнения, получавших традиционную терапию. Средний возраст больных $48 \pm 1,2$ лет, 60% больных составили женщины. Обе группы получали одинаковую базовую терапию. У всех больных рецидив ИМП был 3 и более раз в год, у 35% больных имелись клинико-лабораторные признаки дисбиоза кишечника. В качестве этиотропной терапии больные получали амоксициллин, цефазолин, фторхинолоны. Контроль за лечением осуществляли через 7 и 14 дней после лечения.

Таблица 1. Динамика показателей мочевого осадка у больных с рецидивирующим течением пиелонефрита.

Показатели	1 группа с Лактив-ратиофарм (n=40)			2 группа сравнения (n=20)		
	Исходный уровень	7 дней после лечения	2 недели после лечения	Исходный уровень	7 дней после лечения	2 недели после лечения
Белок, г/л	0,33	следы	-	0,33	0,165	следы
Лейкоциты (ед. в поле зрения)	сплошь	25-30	1-2	сплошь	25-30, местами в скоплениях	6-7 -9
Бактерии	+++	+	-	+++	++	+
Дрожжевые грибки	+++	+	-	+++	+++	+

В группе больных получавших в комплексной терапии препарат лактив-ратиофарм санация мочевого осадка наблюдалась уже в первые 7 дней после начала лечения, когда в группе сравнения полной нормализации мочевого осадка не наблюдалось даже после двухнедельного лечения. В контрольной группе полная санация мочи на 7 день наступила у 8 (40%) больных, частичная у 4 (20%), в то время, как в основной группе результат посева был стерильным у 32 (80%) больных, а у 8 (20%) сохранилась бактериурия в титре менее 50 тыс. микробных тел в 1мл мочи. К 14 дню лечения в контрольной группе частичная бактериурия сохранялась у 3 (15%), а в основной группе моча была стерильна у всех больных (табл. 1). Кроме того, на фоне приема лактив-ратиофарм ни у одного больного не наблюдалось признаков дисбиоза, а у больных с имеющейся ААД признаки дисбиоза кишечника купировались полностью.

Имунограмма больных с хроническим рецидивирующим пиелонефритом характеризовалась повышением уровней CD-3, CD-4 и снижением CD-8, увеличением содержания IgA и IgG. После проведения курса лечения у больных основной группы все показатели приблизились к таковым у здоровых, однако в контрольной группе они мало изменились.

Таким образом, проведенное клинико-иммунологическое исследование показало, что применение лактив-ратиофарм в комплексном лечении больных хроническим пиелонефритом рецидивирующего течения приводит к значительному улучшению клинико-лабораторных показателей, ранней санации мочи, предотвращению развития и купированию признаков дисбиоза, а ААД, способствует нормализации показателей иммунитета и тем самым эффективности проводимой терапии и сокращению длительности лечения.

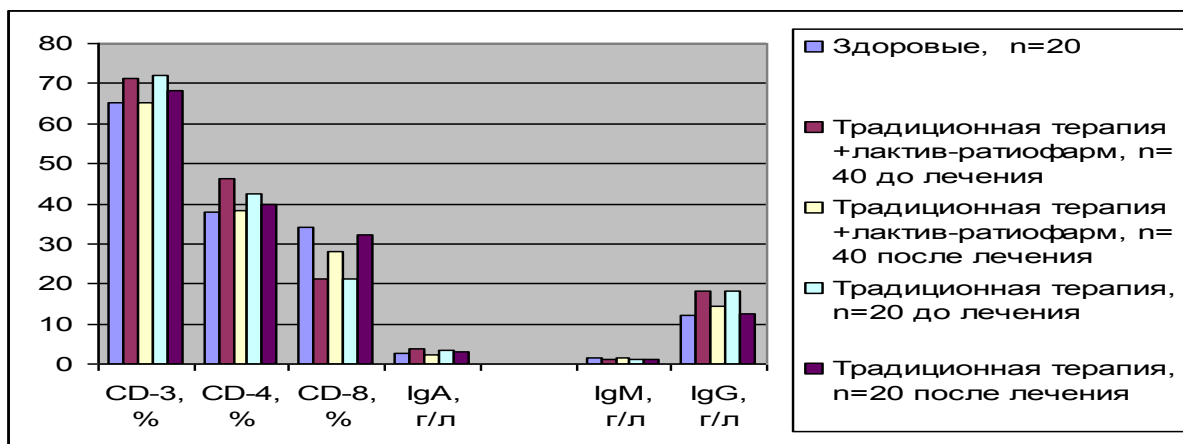


Рисунок 1. Динамика показателей иммунограммы у больных с рецидивирующим течением пиелонефрита.

Выводы:

1. Лактив-ратиофарм является эффективным препаратом для профилактики и лечения дисбиоза кишечника и ААД во время антибиотикотерапии хронического пиелонефрита рецидивирующего течения.
2. Включение в общий терапевтический комплекс хронического пиелонефрита рецидивирующего течения пробиотика Лактив-ратиофарм позволяет усилить антибактериальный эффект, предотвратить иммуносупрессию, вызываемую антибиотикотерапией, что даёт возможность сократить длительность лечения.

Литература:

1. Синякова Л.А., Косова И.В. Профилактика рецидивов инфекций мочевых путей. Урология, №2, 2009, стр. 22-25
2. Gill H., Prasad J. Probiotics, immunomodulation, and health benefits // Adv Exp Med Biol. 2008; 606: 423-454.
3. Bezkorovainy A. Probiotics: determinants of survival and growth in the gut // Am. J. Clin. Nutr. - 2001. - V. 73. - S. 2. - P. 399S-405S.
4. Беротной В.В., Янковский Д.С., Крамарёв С.А. Нарушения микробной экологии человека: причины и следствия, способы восстановления физиологической нормы // Здоровье женщины.-2004.-№2(18).-С.191-202.
5. Probiotics in prevention of antibiotic associated diarrhoea: metaanalysis / A. L. D'Souza, C Rajkumar, J. Cooke, S J. Bulbitt // Brit. Med. J. - 2002. - V. 8. - S. 324 (7350). - P. 1361.
6. Jailasapathy K. Survival and therapeutic potential of probiotic organisms with reference to Lactobacillus acidophilus and Bifidobacterium spp. // Immunol. Cell Biol. 2000.-V. 78.- S.1.-P.80-88
7. Hooton T.M., Stamm W.E. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection. Infect Dis Clin North Am 1997; 11: 551-581.
8. Probiotics and immune response / S. Cunningham-Rundles et al. // Am. J. Gastroenterol. - 2000. - V. 95. - S. 1. - P. S22-25.
9. Беротной В.В., Янковский Д.С., Крамарёв С.А. О целесообразности использования условно-патогенных микроорганизмов в составе пробиотиков // Здоровье женщины.-2004.-№3(19).-С.191-202.
10. Бифидофлора человека, её нормализующие и защитные функции / Г.И. Гончарова, Л.П. Семенова,

А.М. Лянная и др. // Антибиотики и мед. биотехнол. – 1987. – Т.ХХХ11, №3. – С. 179-183.

11. Воробьёв А.А., Лыкова Е.А. Бактерии нормальной микрофлоры: биологические свойства и защитные функции // Журн. микробиол., эпидемиол., иммунол. – 1999. - №6. – С.102-105.
12. Гончарова Г.И. Бифидофлора человека и необходимость её оптимизации / Сб. тр. МНИИЭМ им. Габричевского "Бифидобактерии и их использование в клинике, медицине, промышленности и сельском хозяйстве".-М.,1986.-10-17.
13. К механизму антагонистической активности лактобацилл / М.В. Тюрин, Б.А. Шендеров, Н.Г. Рахимова и др. // Журн. микробиол., эпидемиол., иммунол.-1989.-№2.-С.3-8.
14. Костюк О.П., Чернышова Л.И., Волоха А.П. Физиологические и терапевтические свойства лактобактерий // Педиатрия. – 1998. - №5. – С.71-76.
15. Bird A. R., Brown I. L., Topping D. L. Starches, resistant starches, the gut microflora and human health // Curr. Issues. Intest. Microbiol. 2002. Vol. 1, P. 25-37
16. Pochapin M. The effect of probiotics on Clostridium difficile diarrhea // Am. J. Gastroenterol. - 2000. - V. 95. - S. 1. - P. 11-13.
17. Лактофлора и колонизационная резистентность / А.А.Ленцнер, Х.П.Ленцлер, М.Э.Микельсаар и др. // Антибиотики и мед. биотехнол. – 1987. – Т.ХХХ11, №3. – С.173-177.
18. Лыкова Е.А. Дисбактериоз кишечника при антибактериальной терапии и перспективы лечения антибиотикорезистентными пробиотиками // Здоровье женщины.-2001.-Т.46,№3.-С.21-25.
19. Микрофлора человека и роль современных пробиотиков в её регуляции / В.В. Бережной, С.А. Крамарёв, Е.Е. Шунько и др. // Здоровье женщины.-2004.-№1(17).-С.134-139.
20. Alvarez-Olmos M. I. Probiotic agents and infectious diseases: a modern perspective on a traditional therapy / M. I. Alvarez-Olmos, R. A. Oberhelman // Clin. Infect. Dis. — 2001. - V. 1. — S. 32 (11). — P. 1567—1576.
21. Probiotics and immune response / S. Cunningham-Rundles et al. // Am. J. Gastroenterol. - 2000. - V. 95. - S. 1. - P. S22-25.
22. О роли антимикробных пептидов в механизмах врожденного иммунитета кишечника человека. Редакционная статья // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2004. - № 3. - С. 2-10.

УДК: 616.61-002.3-036.8

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН-Н У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Р.Е. Тулеутаева, А.Р. Махатова, Г.Б. Кактаева, Р.О. Бельгебаева, О.Б. Сапарова

*Государственный медицинский университет города Семей,
Консультативно-диагностический центр г.Семей,
ГСП ДВД ВКО, КГКПМО Бескарагайского района*

Тўжырым

ӨСІМДІК ПРЕПАРАТЫ КАНЕФРОН®Н -НІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ҚАЙТАЛАНАТЫН АҒЫМДЫ ПИЕЛОНЕФРИТІ БАР НАУҚАСТАРҒА ҚОЛДАНУ СЫНАҒЫ

Р.Е. Тулеутаева, А.Р. Махатова, Г.Б. Кактаева, Р.О. Бельгебаева, О.Б. Сапарова

15–76 жастағы, созылмалы пиелонефрит диагнозымен, комплексті емінде 2 драже 3 рет күніне Канефрон®Н препаратын қолданған 90 науқас зерттелді. Емді амбулаторлы жағдайда бастап, 1 және 2 ай уақыттан кейін зерттеулердің байқауымен жалғастырды.

Жүргізілген емнің нәтижесінде Канефрон Н алған науқастарда интоксикация симптомдары толықтай 2-3 күн бұрын, дизуриялық бұзылыстар 5 күн бұрын, ауырсыну синдромы тез жойылды ал қар анализдерінің қалпына келуі 3-4 аптадан кейін қалпына келді, бақылау топтағы науқастардың анализдеріне қарағанда, оларда тура осы белгілер ұзақ сақталды. Сонымен қоса оларда қайталанушы лейкоцитурия байқалды.

Канефрон®Н препаратын қабылдаған балалардың ешқайсысында препараттың жанама әсерлері байқалған жоқ.

Summary

APPLYING OF HERBAL DRUGS CANEPHRONE®N AT PATIENT WITH CHRONIC RECIDIVE PYELONEPHRITIS

R.Ye. Tuleutayeva, A.R. Makhatova, G.B. Kaktayeva, R.O. Belgebayeva, O.B. Saparova

Examined 90 adults in the age of 15-76 years, with diagnosis chronic pyelonephritis, receiving in the complex therapy Canephron®N by 2 dragee 3times per day. Treatment has been started at ambulatory, under control of examination after 1 and 2 months.

As a result of treatment at adults received Canephron®N intoxication signs disappears on 2-3 day earlier, disuria on 5 days earlier, fast disappearing of pain and full normalization of urine analysis after 3-4 weeks in comparison with control group. In control group has been established recidive leucocyturia.

At any one adults, receiving Canephron®N, side-effects not observed.

В 2006 и затем, в 2008, Европейское урологическое общество представило руководство по лечению инфекций мочевой системы - Guidelines on the Management Urinary and Mail Genital Tract Infections (European Association of Urology - EAU). На основе этих рекомендаций, данных Кокрановской библиотеки (Cochrane Database of Systematic Reviews), а также других доказательных источников разрабатываются национальные медицинские стандарты и клинические протоколы лечения ИМС. При этом следует отметить, что рекомендации и руководства принимаются ассоциациями и, в отличие от медицинских стандартов/клинических протоколов, не имеют официального юридического статуса[4,6]. Использование существующих рекомендаций и доказательных источников для создания клинических протоколов позволяет значительно удешевить разработку официального документа. Одновременно решается еще одна задача – адаптация клинических рекомендаций к конкретным национальным условиям и возможностям.

Инфекции мочевых путей (ИМП) представляют серьезную проблему для здоровья миллионов людей: ежегодно в Западной Европе наблюдают свыше 10 млн. случаев ИМП [3].

При ИМП отмечается высокий уровень рецидивов инфекции, которая принимает характер хронической с частыми обострениями. [1].

Согласно последним данным National Hospital Ambulatory Medical Care Survey в США ежегодно выявляется более 7 млн. случаев ИМП в амбулаторной практике, из них более 2 млн.обусловлены циститом, а 100 тыс. пациентов в год пациентов в год госпитализируются по поводу пиелонефрита [2]. ИМП в амбулаторной практике чаще встречается у женщин, при этом риск развития и рецидивов ИМП у 50% взрослых женщин имеется в

течение всей жизни. В Великобритании в течение года около 2,5 млн. женщин отмечают эпизоды расстройств мочеиспускания, из них у 100 тыс. диагностируется рецидивирующая ИМП [2]. Нередко ИМП наблюдается у женщин в возрасте 18-29 лет и как правило после первого эпизода ИМП у 25-40% из них развивается рецидивирующая неосложненная ИМП. Поэтому около 15% всех назначений антибиотиков в амбулаторной практике в США связаны с ИМП[2].

Согласно руководству EAU(2008) выделяют первый эпизод и рецидивирующие ИМП, а также осложненные и неосложненные инфекции мочевого тракта. Они в свою очередь делятся на неразрешенные инфекции, бактериальную резистентность и реинфекцию. Согласно национальной классификации рекомендуется устанавливать остроту заболевания (свыше 3-х месяцев – хроническая) и топический диагноз, хотя рецидивирующие инфекции чаще отвечают диагнозу ИМС без определенной топики поражения

О распространенности неосложненной ИМП в Российской Федерации, Казахстане, Республике Беларусь и Кыргызстане собраны и проанализированы данные по результатам исследования СОНАР (2005-2006гг.). Полученные результаты свидетельствуют о том, что встречаемость ИМП среди женщин 18-40 лет составляет 0,5-0,7 случаев в год. К 24 годам у трети женщин развивается по крайней мере один подтвержденный при осмотре врача эпизод ИМП, а с возрастом подтверждена широкая распространенность рецидивирующих форм ИМП. Значимость ИМП обусловлена не только их широкой распространенностью, но и прямыми и косвенными затратами на их лечение.

В настоящее время отмечен явный рост интереса к проблемам фитотерапии, т.е. лечению лекарственными

средствами растительного происхождения. Известно подавляющее действие фитотерапевтических препаратов на персистенцию уропатогенов. Эффективность применения лекарственных растений доказана не только опытным путем, но и с помощью научно обоснованных методов: биохимических, биологических (на молекулярном и клеточном уровне), а также структурно-аналитических. Современная медицина научилась работать с растениями и использовать их потенциал, появилась возможность получения экстрактов, в состав которых входят определенные действующие вещества в точно подобранных пропорциях [5].

Одна из задач растительных диуретиков заключается в стимуляции диуреза и улучшении механизма самоочищения мочевых путей. Растительные диуретики больше влияют на водный диурез (акварез), чем на диурез как таковой, за счет увеличения почечного кровотока или участия в осмотических процессах [6]. Действующими веществами, ответственными за акваретический эффект растительных препаратов, обычно выступают эфирные масла, флавоноиды, сапонины, производные ксантины и гликозиды [7,8,9,10].

Прием растительных препаратов, обеспечивающих как диуретический, так и комбинацию антисептического, противовоспалительного и спазмолитического эффектов, наилучшим образом подходит для лечения и профилактики рецидивов ИМП.

Одним из фитопрепаратов нового поколения, широко применяемым в нефрологии и урологии, является Канефрон®Н (Bioplogica, Германия) – комбинированный препарат, в состав которого входят золототысячник (*Centaureum umbellatum*), любисток (*Levisticum officinale*) и розмарин (*Rosmarinus officinale*). Входящие в состав препарата вещества оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на органы мочевой системы, уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим эффектом, улучшают функцию почек, усиливают эффект антибактериальной терапии.

Цель работы: изучить клиническую эффективность растительного препарата Канефрон®Н в качестве метода профилактики рецидивов инфекции мочевых путей в комплексной терапии у больных с хроническим рецидивирующим пиелонефритом.

Материалы и методы: Исследования проводились на базе консультативно-диагностического центра г. Семей, госпиталя с поликлиникой ДВД ВКО и Бескарагайской районной больницы. Обследованы 90 больных в возрасте 15-76 лет, с диагнозом хронический пиелонефрит, получавших в составе комплексной терапии препарат Канефрон®Н. Терапию проводили в амбулаторных условиях, под контролем обследования через 1 и 2 месяца. Клинико-лабораторные, биохимические исследования включали: осмотр нефролога; общеклинический анализ крови и мочи, бактериологическое исследование мочи, ПЦР на заболевания пере-

дающиеся половым путем (микоплазмы, вирус простого герпеса, хламидии). Всем больным проводилось УЗИ исследование, и по показаниям у 21% больных - экскреторная урография.

Клинико-диагностические критерии пиелонефрита были следующие: обострение болезни 3-4 раза в год, фебрильная температура, интоксикация, лейкоцитурия более 10 в поле зрения, бактериурия 10^5 КОЕ/мл, рН мочи, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево; микропротеинурия и в 12% случаев положительный СРБ. В качестве антибактериальных препаратов использовались препараты группы защищенных аминопенициллинов, цефалоспорины, макролиды, фторхинолоны. Длительность приема Канефрон Н составляла 2 мес, курсами 2 раза в год. Оценку эффективности проводимой терапии проводили на основании анализа клинических и лабораторных показателей (интоксикация, болевой синдром, дизурические явления, мочевой синдром и др.). Контрольную группу составили 90 больных получавших медикаментозную терапию без применения нашего препарата. Им проводилась стандартная антибактериальная терапия при обострениях, отвар почечного сбора, клюквенный морс. По полу, возрасту и длительности заболевания обе группы были сопоставимы.

Результаты: В обеих группах бактериурия выявлена только в 43,8% (n=48), а E. coli выявлена в 60% (n=54) случаев. Грампозитивная флора (энтерококк, стафилококк) встречался у 9% (n=8) пациентов. Препарат Канефрон Н в основной группе назначался с первых дней лечения по 2 драже 3 раза в день в течение 2 мес.

Лейкоцитурия была выявлена у 70 больных основной группы (63,8%) и у 84 больных в контрольной группе (76,1%). Значение рН мочи в основной и контрольной группе в среднем составляло 5,5-5,7, суточный диурез – 1300 мл.

В результате проведенной терапии у больных получавших Канефрон Н симптомы интоксикации полностью исчезали на 2-3 дня раньше, дизурические расстройства на 5 дней раньше, быстро купировался болевой синдром, а нормализация анализов мочи через 3-4 недели была полной, в отличие от анализов больных контрольной группы, у которых эти же признаки удерживались дольше. Кроме того, у них наблюдалась рецидивирующая лейкоцитурия.

Бактериурия была выявлена у 46,6% пациентов из группы наблюдения до лечения и лишь у 13,3% через 2 месяца после лечения. У пациентов из контрольной группы (n=90), бактериурия имела у 41,6% пациентов до лечения и у 35% через 2 мес. после лечения – различия были статистически достоверны (p<0,05). В группе пациентов, получавших Канефрон®Н, статистически достоверно снизился процент бактериурии после лечения: разница составила 33,3%, а в контрольной группе лишь 6,6% (табл. 1).

Таблица 1 Динамика показателей мочевого осадка и суточного диуреза у больных с хроническим рецидивирующим пиелонефритом.

Показатели анализа мочи	Основная группа (с Канефрон Н), n= 90			Контрольная группа. n=90		
	До лечения, абс.ч. (%)	Через 1 мес, абс.ч. (%)	Через 2 мес, абс.ч. (%)	До лечения, абс.ч. (%)	Через 1 мес, абс.ч. (%)	Через 2 мес, абс.ч. (%)
Бактериурия	42 (46,6)	21 (23,3)	12 (13,3)	37 (41,6)	34 (38,3)	31 (35)
Лейкоцитурия	57 (63,3)	51 (56,6)	30 (33,3)	69 (76,6)	60 (66,6)	57 (63,3)
рН мочи	5,7	5,4	5,5	5,7	5,9	5,4
Суточный диурез, л	1,1	1,9	2,1	1,1	1,6	1,8

За время лечения ни у одного пациента из основной группы не было рецидива пиелонефрита, больные хо-

рошо перенесли курс терапии, ни в одном случае не было отмечено побочных реакций или непереносимости

препарата, что говорит о хорошей безопасности и переносимости препарата. Таким образом, длительный прием Канефрон®Н оказал устойчивое противорецидивное действие.

Канефрон значительно увеличивал диурез, что является одним из ключевых моментов при лечении больных с мочевой инфекцией (антиадгезивное действие). Снижение бактериурии способствует снижению персистенции микроорганизмов в мочевых путях, что приводит к увеличению безрецидивного периода. Удобство применения (пероральная форма) обеспечивает комплаентность пациентов с рецидивирующей ИМП, также способствуя повышению эффективности лечения.

Выводы:

1. Применение препарата Канефрон Н у больных с хроническим пиелонефритом позволяет купировать основные клинико-лабораторные показатели обострения хронической ИМП значительно раньше, чем в контрольной группе и способствуют профилактике рецидивов.

2. Составляющие Канефрона Н обеспечивают противовоспалительный, противомикробный, мягкий мочегонный и спазмолитический эффекты препарата, что позволяет рекомендовать Канефрон Н, как в период активных проявлений ИМС, так и в качестве профилактической терапии у больных с хроническим пиелонефритом

3. Возможность использования у больных с хроническим пиелонефритом препарата Канефрон Н по схеме 2 драже 3 раза в день, в течение 2 месяцев

определяется сочетанием его эффективности и высокой степени безопасности.

Литература:

1. Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике//Врач, 2000;6:36.
2. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity and economic costs. Am J Med 2002; 113 (Suppl 1A): 5S-13S.
3. Naber KG et al. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC) : implications for empiric therapy. Eur Urol. 2008.54 (5) : 1164-75
4. Guidelines on the Management Urinary and Mail Genital Tract Infections (European Association of Urology, // March, 2008. – 116 p.
5. Челпаченко О.Е. Экспериментальное обоснование рациональной терапии пиелонефрита у детей под контролем маркеров персистенции возбудителя.// Автореферат дис...канд. мед. наук. Челябинск, 1993. 23 с.
6. Schilcher H, May P, Sokeland Z, 1988. Phytotherapie in der Urologie. Urologe [B]28:265–271
7. Schilcher H. 1984 Pflanzliche Urologika. Dtsch Apoth Ztg 124:2429–2436.
8. Schilcher H. 1987 Pflanzliche Diuretika. Urologe [B] 27:215–222.
9. Schilcher H. 1992 Phytotherapie in der Urologie. Aquaretika Durchspulungstherapeutika, Hamwegsdesinfizienzien. Hippokrates Verlag. 13–35,41–45.
10. Kartnig T. 1983. Pflanzliche Drogen mit Wirkung auf Nieren und Hamwege. Osterreich Apotheker-Zeitung 37:353–358.

УДК 616.632.18-06-08

АКТОВЕГИН В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Д.Е. Жангирова, М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ф.К. Тусунбаева, Ш.К. Акинжанова, А.К. Хайбулина, А.Б. Баймуханова

**КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей
Государственный медицинский университет города Семей**

Тужырым

АКТОВЕГИН ДИАБЕТИКАЛЫҚ ТАБАН СИНДРОМЫ ЕМІНДЕ

Д.Е. Жангирова, М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ф.К. Тусунбаева, Ш.К. Акинжанова, А.К. Хайбулина, А.Б. Баймуханова

Бұл зерттеудің мақсаты әртүрлі ұзақтықтағы қантты диабетпен науқас адамдарда диабетикалық табан синдромының емінде актовегин препаратының қолдану эффективтілігін бағалау. 16-70 жас аралығындағы қант диабетімен 63 науқас зерттелді және емделді, олардың орташа жасы 43,7; оның ішінде диабеттің I түрімен 21 науқас, диабеттің II түрімен 42 науқас. Барлық науқастарда оң нәтиже байқалды, нақтырақ: капиллярлы жауаптың қысқаруы, ауырсынусыз жүріс дистанциясының ұзаруы, трофикалық жаралардың жазылуы, сезімталдық пен пульсацияның жақсаруы.

Summary

ACTOVEGIN IN THE TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME

D.E. Zhangirova, M.Zh. Espenbetova, Zh.K. Zamanbekova, F.K. Tusunbayeva, Sh.K. Akinzhanova, A.K. Khaibulina, A.B. Baimukhanova

The purpose of this study is to assess the effectiveness of treatment of diabetic foot syndrome in patients with diabetes with different duration of disease using the drug actovegin. There are 63 patients with diabetes aged 16-70 years was examined and treated. middle age was 43.7. of which 21 patients with type 1. 42 patients with type 2 diabetes. There were positive results in all patients, particularly: a shortening of the capillary response, increasing of the painless walking distance, healing of trophic ulcers, improvement of sensitivity and pulsation.

Сахарный диабет и его хронические осложнения является одной из актуальных проблем современной эндокринологии. Это определяется несколькими причина-

ми: во-первых, неуклонный рост числа больных с каждым годом; во-вторых, поздние осложнения диабета являются причиной инвалидизации больных, что нано-

сит не только экономический ущерб, но и социальную неполноценность больных и его близких.

Несомненно, что наряду с нефроангиопатией и ангиопатией сосудов сетчатки синдром диабетической стопы занимает лидирующую позицию как в отношении частоты распространения, так и в отношении неблагоприятного прогноза.

Цель исследования: Целью данного исследования является оценка эффективности лечения синдрома диабетической стопы у больных сахарным диабетом с различной длительностью заболевания с применением препарата актовегин.

Материалы и методы исследования: Было обследовано и пролечено 63 больных сахарным диабетом в возрасте 16-70 лет, средний возраст которых составил 43,7; из них 21 больной с 1 типом, 42 больных со 2 типом диабета.

Диагностика синдрома диабетической стопы проводилась на основании характерных клинических, субъективных и объективных данных, исследования температурной чувствительности (с помощью металлического цилиндра «Thio-therm», кожной чувствительности (использовалось микронить Thio-feel), инструментальные методы исследования (реовазография, УЗДГ). В работе использована классификация синдрома диабетической стопы, по которой различают 3 основные клинические формы: нейропатическая, ишемическая, смешанная. Всем больным вводился актовегин по стандартной методике: по 600мг внутривенно на физиологическом растворе в течение 10 дней на курс лечения.

Полученные результаты. По продолжительности заболевания 63 больных распределились следующим

образом: впервые выявленные - 9 (14,4%), до 5 лет - 15 (23,8%), от 5-10 лет - 22 (34,9%), а свыше 10 лет - 17 (26,9%); из них 11(17,4%) больной без нарушения субъективных и объективных показателей, основная доля (87%) которых приходится на больных с длительностью заболеваний не более 5 лет.

У остальных диагностировано различные степени нарушения нижних конечностей: 1 ст. - 23 (36,5%), средний возраст составил $37 \pm 1,5$ лет, длительность заболевания $4,1 \pm 0,15$ год; 2 ст. - 32 (50,7%), средний возраст составил $42 \pm 0,87$ года, длительность заболевания $8,9 \pm 0,16$; 3 ст. - 8 больных (12,6%), средний возраст $51 \pm 2,38$ лет, длительность заболевания $16,4 \pm 0,63$. У всех пациентов наблюдались положительные результаты, а именно: укорочение капиллярного ответа, увеличение дистанции безболевого ходьбы, заживление трофических язв, улучшение чувствительности и пульсации.

Выводы.

1. Частота синдрома диабетической стопы увеличивается по мере увеличения длительности заболевания;

2. Более выраженные нарушения при синдроме диабетической стопы чаще наблюдаются у больных, длительность заболевания которых составило 10 и более лет.

3. Применение актовегина эффективно в лечении синдрома диабетической стопы.

Литература:

1. Балаболкин М.И., Кремникова В.М. Эндокринология, Москва: Универсум пубблишинг, 1998. 367-470.
2. Проблемы эндокринологии.-1993.-Т.39.-№1.-С.-21-24.

УДК 616.441-036.22

ТИРЕОИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ЙОДНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ В СЕМИПАЛАТИНСКОМ РЕГИОНЕ

**М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ф.К. Тусунбаева,
Ш.К. Акинжанова, Д.Е. Жангирова, Р.К. Ельчибаева**

**Государственный медицинский университет города Семей
кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии**

Тужырым

СЕМЕЙ РЕГИОНЫНЫҢ ЙОДҚА ҚАМТАМАСТЫҒЫ ЖӘНЕ ТИРЕОИДТЫ ПАТОЛОГИЯСЫ

М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ф.К. Тусунбаева, Ш.К. Акинжанова, Д.Е. Жангирова, Р.К. Ельчибаева

Йодурияның медианасы Семей аудандарында қалыпты көрсеткіштермен анықталды. Табылған анықтамалары бойынша йодтын жеткіліктілігі делелденді. Зерттеудің алынған нәтижелері радиациялық ластану аймағында тұратын тұрғындар арасында тиреоидты патология деңгейінің жоғары екендігін көрсетті. Балалардың арасында ультрадыбыстық зерттеумен жемсау 9,48% негізгі топта арасында анықталды, ал бақылау тобында 14,5% құрады. Түйінді түзілістер негізгі топта 0,5-1,5% анықталды, бақылау тобында 1,7% құрады. Улкендердің арасында жемсау 3,2% негізгі топта анықталды, ал бақылау тобында 6,8% құрады. Түйінді түзілістер негізгі топта 17,4% анықталды, бақылау тобында 3,0% құрады.

Summary

IODINE SUPPLY AND THYROID PATHOLOGY OF SEMIPALATINSK REGION

M.ZH. Espenbetova, ZH.K. Zamanbekova, F.K. Tusunbaeva, Sh.K. Akinzhanova, D.E. Zhangirowa, R.K. Elchibaeva

Median of ioduria amongst baby and adult population in all region Semipalatinsk region corresponded to the normal factor. The frequency of the goiter amongst child as of ultrasonic study corresponded to 9,48% in the main group, 14,5% - in group of the checking. In the same way necessary to note that frequency nodulare varied from 0,5 before 1,5% in the main group, checking 1,7%, however events of the malignancies of the thyroid gland were registerebesid child of the main group. Amongst adult population in the main group goiter frequency has formed 3,2%, but in checking group - 6,8%. Nodule formation in the main group met beside 17,4%, in checking group beside 3,0% examined.

Более 80% потребляемого с пищей йода экскретируется с мочой, поэтому концентрация микроэлемента в моче является одним из самых информативных показа-

телей величины потребления населением йода с пищей и водой. На популяционном уровне этот параметр отражает обеспеченность йодом населения обследуемого

района. Величина экскреции йода с мочой имеет высокую амплитуду колебаний, а так же связи с тем, что статистическое распределения йода в моче характеризуются вариабельностью, предпочтительнее использовать медиану йодурии для оценки характерного значения данного параметра в популяции.

Медиану йодурии определяли в группе детей донорского, так как было доказано отсутствие влияния различных факторов на метаболизм йода. На основании, определения уровня йода в моче оценивалась медиана и характеристики распределения йода по выбранным населенным пунктам.

При изучении показателей медианы йодурии по районам были получены следующие результаты:

У школьников с. Бурас Бескарагайского района, медиана йодурии превысила 100 мкг/л и составила 149,4 мкг/л. Нормальную экскрецию йода с мочой имели 90% обследованных детей, в 10% случаев уровень йода в моче был ниже 50 мкг/л. В Абайском районе с. Саржал, медиана йодурии составила 246,9 мкг/л, концентрация йода менее 50 мкг/л не отмечалась. Очень близкие результаты получены в с. Караул медиана йодурии соответствовала 234,9 мкг/л. Все дети имели нормальную концентрацию йода в моче, показателей ниже 50 мкг/л не было. Показатели йодурии у детей с. Кайнар составили 202,5 мкг/л, концентрацию йода с мочой ниже 50 мкг/л имели всего 2% детей, в остальных случаях преобладали пробы с высокой концентрацией йода в моче. В г. Семипалатинске, была обследована школа № 15, которая находится на окраине города и ее посещают дети из семей со средним и низким материальным достатком. Установлено, что величина медианы йодурии, являющейся единственным узаконенным индикатором оценки йодного обеспечения организма людей, у детей г. Семипалатинска составила 127,7 мкг/л., что согласно критериям ВОЗ/ICIDD/ЮНИСЕФ соответствовало полной йодной обеспеченности.

Помимо исследования уровня медианы йодурии провели анализ частотного распределения концентрации йода в моче у обследованных. При анализе частотного распределения показателей концентрации йода в моче установлено, что процент детей, имеющих нормальную ренальную экскрецию йода составил 90%, у 8 детей уровень экскреции йода был меньше 50 мкг/л, минимальное значение концентрации йода было у одного школьника и составило 13,7 мкг/л. В контрольном районе с. Кокпекты при исследовании йодурии показатели концентрации йода в моче составили 183,0 мкг/л. Количество детей с уровнем йодурии, соответствующим тяжелой и среднетяжелой степени йодного дефицита (менее 50 мкг/л), составляло 5% от общего числа. В среднем показатели варьировали от 93,6 мкг/л до 363 мкг/л. Концентрацию йода в моче более 300 мкг/л имели только 5%, что указывало на отсутствие избыточного потребления йода.

По данным УЗИ щитовидной железы у этих же детей, которым определяли уровень экскреции йода с мочой были получены следующие данные: частота встречаемости зоба в районах, прилегающих к территории СИЯП составила 9,48%, тогда как в контрольном Кокпектинском районе - 14,5%. Так же необходимо отметить, что частота узлообразования колебалась от 0,5 до 1,5% в основной группе, контрольной 1,7%, однако случаи злокачественных опухолей щитовидной железы были зарегистрированы у детей основной группы.

Оценивая показатели с другими индикаторами оценки степени тяжести зобной эндемии, мы отметили несоответствие критериев друг другу. Несмотря на то, что уровень медианы йодурии был в пределах нормы,

увеличение щитовидной железы соответствовало зобной эндемии легкой степени. Выявленные расхождения свидетельствуют о том, что не только дефицит йода участвует в происхождении эндемического зоба, но и другие стромогенные факторы.

Несмотря на то, что основным критерием, рекомендуемым ВОЗ по оценке йодной обеспеченности является изучение экскреции йода с мочой у детей, нами так же изучена ренальная экскреция йода у взрослого населения, проживающего в этих же районах. Во всех районах показатели медианы йодурии составили 100 мкг/л. Концентрация йода в моче в каждом населенном пункте колебалась от 116,0 до 381,7 мкг/л, а самый высокий процент содержания йода в моче менее 50 мкг/л - 11,9% не превысил 20%.

Согласно критериям ВОЗ, если медиана экскреции йода с мочой превышает 100 мкг на 1 литр, это означает, что в данной популяции дефицита йода нет. Однако мы не располагаем данными о содержании йода в окружающей среде: почве, воде, продуктах питания. Поэтому мы не можем говорить об отсутствии йододефицита в данном регионе. На основании полученных данных можно сделать заключение о том, что обеспечение йодом жителей обследованных районов находится на хорошем уровне, благодаря, проводимой массовой профилактики с использованием йодированной соли, а так же индивидуальной и групповой профилактики.

Анализ структуры тиреоидной патологии ЩЖ у взрослого населения показал высокую распространенность диффузного эутиреоидного зоба в контрольной группе: 6,8%, тогда как в основной группе она составила - 3,2%. При вычислении линейных параметров и объема ЩЖ (таблицы 11, 12) у лиц основной группы оказались значительно меньшими по сравнению с контрольными показателями во всех возрастных группах ($p < 0,001$). При этом с возрастом отмечалось уменьшение объема ЩЖ как в основной, так и в контрольной группах. Не исключено, что высокая частота диффузного эутиреоидного увеличения ЩЖ в Кокпектинском районе является следствием умеренного йодного дефицита в этом районе, что было ранее показано в работах профессора Еспенбетовой М.Ж.

В структуре заболеваний ЩЖ наиболее часто встречались доброкачественные узловые образования, которые составили 17,4% в основной группе и всего лишь 3,0% - в контрольной группе.

Наиболее часто узловые образования щитовидной железы встречаются у лиц в возрасте старше 40 лет, то есть у тех, которые проживали в данной местности в период атмосферных испытаний ядерного оружия и были облучены в детском или пубертатном возрасте. Частота выявления опухолей щитовидной железы у данной возрастной группы составила 37,4% случаев.

Таким образом, высокая частота встречаемости тиреоидной патологии в районах основной группы на фоне удовлетворительной йодной обеспеченности, возможно, свидетельствует о детерминированном эффекте радиационного облучения, а не является последствием хронического дефицита йода.

Литературы:

1. Базарбекова Р.Б. "О состоянии здоровья населения Республики Казахстан в очагах йодного дефицита" - Материалы I (V) Съезда детских врачей Республики Казахстан. - Астана, 2001, С.132-133

2. Базарбекова Р.Б., Зельцер М.Е. и др., "О состоянии йодного дефицита в Республике Казахстан", Медицина №1, 2003г., С.88-90

3. WHO, UNICEF, and ICCIDD. Progress towards the

elimination of Iodine Deficiency Disorders (IDD). // Geneva: WHO, WHO/Euro/NUT/ - 1999 - P. 1 — 33.

УДК 616.831-005-036.82-057.75

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ КГУ «МСУ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ ОБЩЕГО ТИПА» г. СЕМЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

¹Р.М.Жумамбаева, ¹Л.Б.Дюсенова, ¹Д.К.Кожакметова, ²Г.К.Оразбаева, ³Д. Серикболова

*Государственный медицинский университет города Семей¹,
КГКП «Городская больница №2», г.Семей², студентка ГМУ г.Семей³*

Резюме

Реабилитация больных, перенесших ОНМК, является важной медицинской и социальной проблемой. Современный комплексный подход к организации реабилитационной помощи больным, перенесшим ОНМК, позволяет вернуть к труду или иному виду активной социальной деятельности до 60 % постинсультных больных трудоспособного возраста.

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ «ҚАРТТАРМЕН МҮГЕДЕКТЕРГЕ АРНАЛҒАН МӘМ» ЖМҚБ АУЫРҒАН ЖММ НАУҚАСТАРДЫҢ САУЫҚТЫРУ

Р.М. Жумамбаева, Л.Б. Дюсенова, Д.К. Кожакметова, Г.К. Оразбаева, Д.Серикболова

МҚАБ ауырған науқастарды сауықтыру медициналық және әлеуметтік маңызды мәселе болып табылады. МҚАБ ауырған науқастарды қазіргі заманға сай комплексті емдеу 60% инсульттан кейінгі науқастарды еңбек етуге немесе белсенді әлеуметтік өмір сүруге көмектеседі.

Summary

REHABILITATION OF THE PATIENTS, WHICH SUFFER AFTER STROKE & TAKE TREATMENT OF GSE "MSE OF COMMON TYPE FOR AGED & INVALIDS" OF SEMEY CITY

R.M. Zhumambayeva, L.B. Dyussenova, D.K. Kozhakhmetova, G.K. Orazbayeva, D. Serikbolova

Rehabilitation of the patients, which suffer after stroke, is important medical and social problem. Modern complex approach to organization of rehabilitative help for those patients gives possibility for better quality of their life and social activity in 60%.

Реабилитация больных, перенесших ОНМК, является важной медицинской и социальной проблемой. Это обусловлено частотой сосудистых поражений головного мозга и его осложнений. В Казахстане ежегодно регистрируется более 49 тыс. больных с инсультом, а смертность от данной патологии занимает лидирующее место в структуре общей смертности.

Инсульт, нередко, оставляет после себя тяжелые последствия, значительно инвалидизируя больных, снижая качество жизни, как самих пациентов, так и ближайших родственников. Современный комплексный подход к организации реабилитационной помощи больным, перенесшим ОНМК, позволяет вернуть к труду или иному виду активной социальной деятельности до 60% постинсультных больных трудоспособного возраста.

Однако, несмотря на положительные результаты восстановительного лечения больных, перенесших ОНМК и организация реабилитации подобного контингента, существующая система не обеспечивает всей потребности в ней, что требует совершенствования организационных форм и методов работы.

Условия этапной реабилитации постинсультных больных способствует расширению роли медицинских сестер, определяет основные направления мероприятий, которые способствуют улучшению качества жизни пациента, связанное со здоровьем.

Вместе с тем, образовательный и профессиональный уровень, как медицинских сестер первичного звена, так и сестер специализированных неврологических отделений не всегда соответствует современным требованиям к уровню подготовки специалистов сестринского дела.

Все это обосновывает необходимость поиска механизмов, в основе которых должно лежать не интуиция, а целенаправленная и систематическая работа с каждым пациентом, сочетающаяся с научным обоснованием,

рассчитанная на удовлетворение потребностей и решение проблем больного. В связи с этим, **целью работы явилось** разработать научно обоснованную модель организации ухода за больными КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей перенесших ОНМК.

Материалы и методы.

На диспансерном учете в КГУ «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей состоят 27 больных перенесших ОНМК -15 мужчин (56%) и 12 женщин (44%) в возрасте от 46 – 59 лет.

Индивидуальный уход за 27 больными согласно разработанной индивидуальной карте (программе) ухода включал в себя 5 этапов сестринского процесса.

На первом этапе наряду с сестринским обследованием, состоящим из расспроса и осмотра, определяющего статус пациента в настоящее время, производилась оценка активности жизнедеятельности по 15-ти балльной шкале Бартела, результаты которой представлены на рисунке 1.

Как видно на диаграмме у пациентов имелись различной степени ограничения движений: нарушение процессов одевания и раздевания, навыков проведения личной гигиены (умывание лица, причесывание, чистка зубов), и невозможность самостоятельно осуществить процесс передвижения по палате, в пределах отделения и подъема по лестнице.

На основании проведенных обследований выставился сестринский диагноз, что является **вторым этапом** сестринского процесса. Основная цель этого этапа - определение проблем пациента и направления сестринского ухода.

Выявлено, что приоритетными проблемами у лиц с ОНМК являются: неврологические нарушения (40%), артериальная гипертензия (23%), головные боли (21%), кашель (16%).

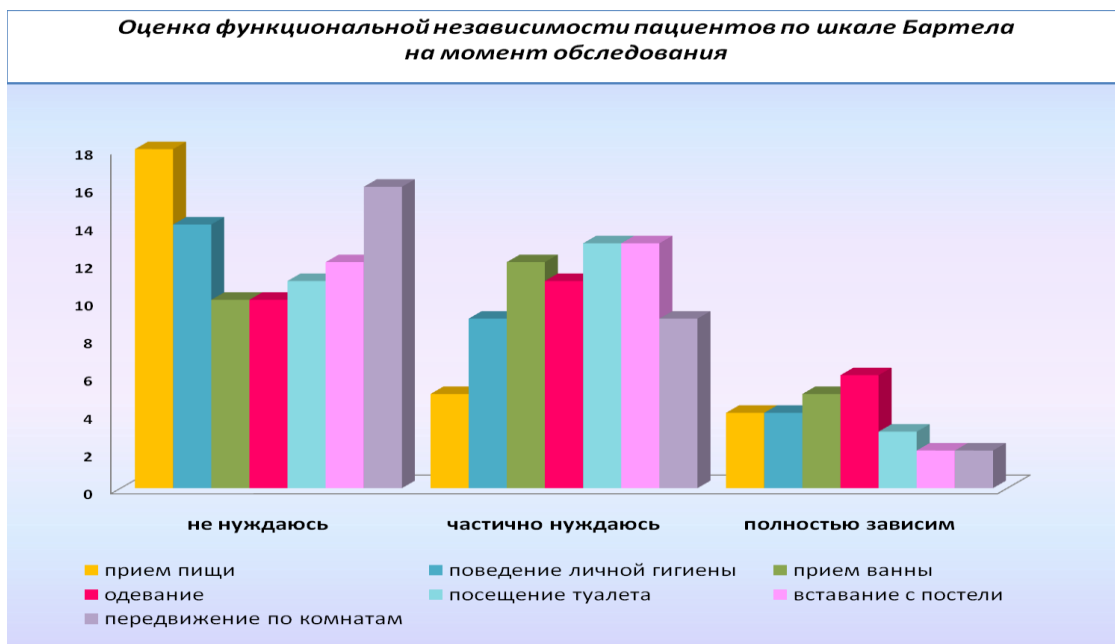


Рисунок 1 – Оценка жизнедеятельности пациентов по шкале Бартела.

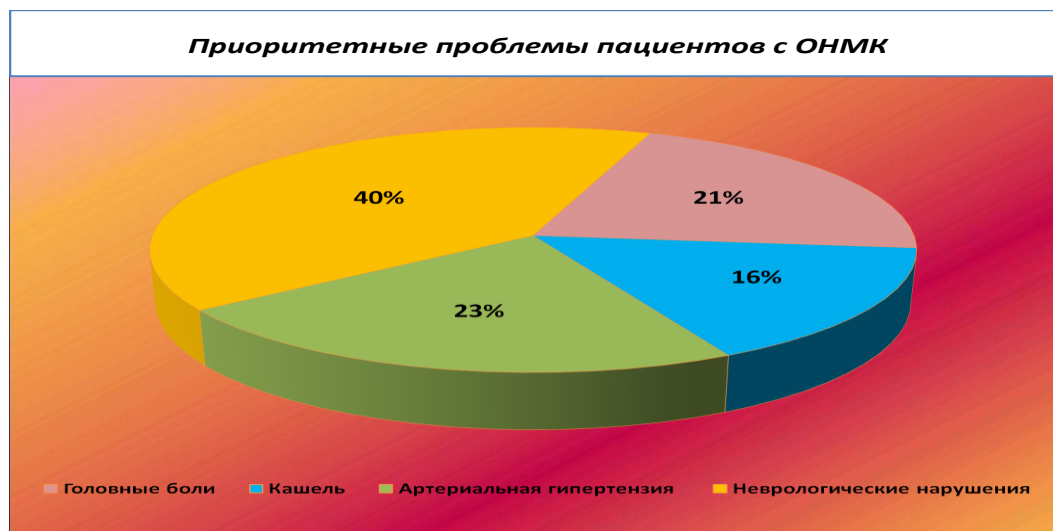


Рисунок 2 – Приоритетные проблемы пациентов с ОНМК

На основании сформулированных сестринских диагнозов проведено планирование объема вмешательств ухода, таким образом, мы перешли к **третьему этапу** сестринского процесса: исходя из потребностей пациента, выделялись приоритетные задачи, и разрабатывалась стратегия достижения поставленных целей, обозначались сроки достижения данных целей – краткосрочных и долгосрочных.

Краткосрочными целями являлись – устранение приоритетных проблем пациента.

Долгосрочными целями являются – восстановление двигательных функций.

На **4-м этапе** сестринского вмешательства проводилась реализация мер ухода.

Как известно, существуют три системы помощи пациенту – это полностью компенсирующая, частично – компенсирующая и консультативная (поддерживающая). Для реализации нашего проекта использованы последние две системы.

При анализе результатов ухода через 2 недели в рамках **5-го этапа** сестринского процесса нами выявля-

но, что в результате проведенных мероприятий краткосрочные цели ухода были достигнуты в 73% случаев, что проявлялось, главным образом, нормализацией артериального давления, устранением кашля, улучшением психоэмоционального состояния.

В остальных случаях при этих же проблемах в связи с неполной эффективностью мер ухода были пересмотрены сроки достижения целей и добавлены дополнительные мероприятия ухода.

Результаты оценки жизни жизнедеятельности пациентов по шкале Бартела в динамике планируется также в сроки через 5-6 месяцев после начала проводимых мероприятий по уходу.

Выводы:

1. Физикальное обследование лиц перенесших ОНМК с оценкой активности жизнедеятельности выявил у большинства пациентов наличие сочетанных заболеваний, преобладание артериальной гипертензии, ограничение объема движений и нарушения функций тазовых органов.

2 Оценка результатов проведенных индивидуальных мероприятий ухода через 2 недели показала возможность достижения поставленных краткосрочных целей. Главным образом, нормализацией артериального давления, устранением кашля, улучшения психоэмоционального состояния.

3 Реализация программы по уходу за пожилыми и престарелыми людьми на основе разработанной карты индивидуального ухода за пациентами позволила создать научно обоснованную модель оптимизации организации ухода в «МСУ для престарелых и инвалидов общего типа» г. Семей и улучшить состояние здоровья жителей учреждения.

Литература:

1. <http://www.zakon.kz/4488449-80-procentov-kazakhstanceve-perenesshikh.html>,
<http://articles.gazeta.kz/art.asp?aid=118051>.

2. Михеев. В.В. "Нервные болезни" - Москва "Медицина" 1994 г.

3. Кадыков А.С. "Реабилитация после инсульта" - М. "Миклош" 2003 г. - с. 176.

5. Балунов О.А., Коцибинская Ю.В. "Роль некоторых социально-бытовых факторов в формировании адаптации у больных, перенесших инсульт" // Неврологический журнал т.6, № 6 - с.28-30.

6. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Гехт А.Б. "Реабилитация в неврологии" // Кремлевская медицина - 2001 г. № 5 с.29-32.

7. Кадыков А.С. "Реабилитация после инсульта" // Российский медицинский журнал - 1997 г. № 1 с.21-24.

8. Кадыков А.С., Шахнаронова Н.В., Черникова Л.А. "Продолжительность двигательной и речевой реабилитации после инсульта" // Восстановительная неврология - 2 - м, 1992 г. с.76-77.

9. Балунов О.А. "Банк данных постинсультных больных: факторы, влияющие на эффективность реабилитационного процесса" // Журнал невропатологии и психиатрии им.С. С. Корсакова - 1994 г. - № 3 с.60-65.

10. Баюнепов Н.К., Бурд Г.С., Дубровская М.К. "Реабилитация больных при острых нарушениях мозгового кровообращения: Методические рекомендации - М., 1975 г.

11. Виленский Б.С. "Инсульт" - Санкт-Петербург: Мед. информационное агентство, 1995 г.

12. Кадыков А.С. "Восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, перенесших инсульт (основные факторы реабилитации): Автореф. дис. д-ра мед. наук - М., 1991 г.

13. Кадыков А.С. "Реабилитация после инсульта" // Российский медицинский журнал - 1997 г. № 1 с.21-24.

14. Сестринское дело (Обзор литературы) Всероссийский учебно-научно-методический Центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию - Москва, 1998 г.

15. Вестник медсестринских ассоциаций // Сестринское дело - № 1-2004 г. с. 19-32.

16. Лаврова И.Г., Майстрах К.В. "Социальная гигиена и организация здравоохранения" - Москва "Медицина", 1987 г.

17. "Инсульт - болезнь нашего времени," // Журнал "Сестринское дело - 2004 № 3 с.6-10.

18. Качество медицинской помощи. Управление качеством сестринской помощи // Журнал "Сестринское дело", 2004 № 3 - с.11-13.

19. Технология "Сестринский процесс" на практике // Журнал "Сестринское дело" - 2001 г. № 6 - с.21-22,27.

20. По оценке качества работы медицинских учреждений и удовлетворенности пациентов // Методические материалы - Москва - 1997 г. - с.95.

УДК 616.618-313.13

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ОТДЕЛЕНИЮ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №2 ГОРОДА СЕМЕЙ В 2011 ГОДУ

¹Р.М. Жумамбаева, ²П.С. Сулейменова, ¹С.Б. Кайдарова, ¹А.Б. Калымжанова, ¹Д.Х. Даутов

*Государственный медицинский университет города Семей¹,
КГКП «Городская больница №2», г. Семей²*

Резюме

В статье дан анализ работы терапевтического отделения городской больницы №2 за 2011 год. Проведен сравнительный анализ работы отделения по основным показателям в сравнении с 2010 годом.

Тұжырым

2011 ЖЫЛЫ СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ №2 ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАСЫНЫҢ ТЕРАПИЯ БӨЛІМШЕСІ БОЙЫНША АУРУШАНДЫҚТЫҢ СТРУКТУРАЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ
Р.М. Жумамбаева, П.С. Сулейменова, С.Б. Кайдарова, А.Б. Калымжанова, Д.Х. Даутов

Мақалада №2 қалалық аурухананың 2011 жылдағы жұмысы бойынша сараптама беріліп, қорытындылар шығарылған. Осы уақыттағы медициналық қызмет көрсету көлеміне мемлекеттік тапсырыс орындалуы талқыланған. 2011 жылы терапия бөлімінде емделіп шыққан науқастар саны және бұлардың жеке бөлек нозологиялар бойынша ара қатынасы көрсетілген. Бөлімше жұмысының көрсеткіштері 2010 жылмен салыстырмалы түрде динамикалық түрде қарастырылған.

Summary

MORBIDITY STRUCTURE IN THERAPY DEPARTMENT OF SEMEY CITY HOSPITAL №2 IN 2011
R.M. Zhumambayeva, P.S. Suleymenova, S.B. Kaydarova, A.B. Kalymzhanova, D.H. Dautov

Analysis of work in therapy department of City hospital №2 for 2011 year was described in the article. Comparative analysis of the work of department was done in comparison with 2010 year.

Одной из приоритетных задач развития отрасли, определенных министерством здравоохранения, является снижение уровня социально значимых заболеваний и повышение доступности и качества медицинской помощи. Как известно, одной из форм оказания медицинских услуг населению является лечение больных в условиях стационара, в связи с чем, актуальным, на наш взгляд, является своевременный и всесторонний анализ деятельности лечебного учреждения, позволяющий оценить эффективность его работы. В этой связи представляло интерес провести анализ структуры заболеваемости терапевтического отделения городской больницы №2 города Семей.

Городская больница №2 является единственным в левобережной части города стационарным лечебным учреждением. В больнице развернуто 4 отделения:

терапевтическое - на 60 коек, неврологическое - на 40 коек, гинекологическое - на 30 коек и педиатрическое - на 40 коек. В терапевтическом отделении работают 7 врачей, 18 медицинских сестер, 10 человек младшего персонала. При этом 42,2% врачей и 61,1% медсестер имеют высшую квалификационную категорию, 42,8% врачей и 33,1% медсестер - первую и лишь один врач (14,4%) работает по сертификату специалиста.

Основные показатели работы терапевтического отделения городской больницы №2 г.Семей за 2011 год в сравнении с 2010 годом приведены в таблицах №№1, 2, 3.

Результаты анализа структуры заболеваемости по системам приведены в таблице №4, а удельный вес заболеваний в общем количестве пролеченных больных приведен в диаграмме на рисунке 1.

Таблица 1. Деятельность терапевтического отделения.

Число средне-годов. коек	Число поступ.больных	К-во выписанных больных	К-во умерших больных	Проведено б-ми к/дней	Оборот койки	Процент выполнения к/дн.
2011г. 60	1454	1456		16572	24,2	81,7
2010г. 60	1354	1403	1	20078	23,3	99

Таблица 2.

Переведено в терапевтическое отделение	Переведено в другие отделения	Переведено в другие стационары	Практически здоровы	План к/дней в год	Выполнено
2011 6	5	11		20280	16572
2010 3	2	36		20280	20078

Таблица 3.

Длительность пребывания на койке	Кол-во больных на конец года	Летальность	Среднее число использованных к/дней	Сельские	Ими проведено к/дней
2010 14,3	18	0,07%	334,6	81	1106
2011 11,4	30	0	276,2	94	1068

Таблица 4. Структура заболеваемости по терапевтическому отделению.

Наименование	число больных	К/дни	Сред. пребывание на койке
Ревматизм хронический	2	22	11,0
Гипертоническая болезнь	205	2222	10,8
ИБС, стенокардия	146	1597	10,9
Другие хронические ИБС	53	549	10,4
Кардиопатия	2	19	9,5
Очаговая пневмония	690	8419	12,2
Хронические бронхиты	121	1382	11,4
Бронхиальная астма	21	240	11,4
Язвенная болезнь желудка и 12 п. кишки	3	43	14,3
Цирроз печени, гепатиты, холециститы, желчнокаменная болезнь	4	35	8,8
Панкреатиты	19	205	10,8
Инфекция почек	25	297	11,9
Врожденные пороки сердца	2	19	9,5
Крапивница	5	29	5,8
Артроз	6	70	11,7
ОЖДА и беременность	141	1514	10,7

Как видно из таблицы №4 и диаграммы (рисунок 1), наибольший удельный вес среди заболеваний приходится на долю болезней органов дыхания (57,1% в 2011 г., 52,0% в 2010 г., в среднем за 2 года – 54,5%) и сердечно-сосудистых заболеваний (28,9% в 2011 г., 38,3% в 2010 г., в среднем за 2 года –

34,6%). Причем, удельный вес заболеваний органов дыхания вырос, в основном, за счет пневмоний. Эти показатели соответствуют статистическим данным, приводимым в литературе, которые свидетельствуют о том, что более 25% больных, обращающиеся к врачам, имеют патологию дыхательных путей.



В следующей таблице (Табл.№ 5) представлены случаи расхождения диагнозов поликлиники и стационара. Наиболее часто (60%) расхождения диагнозов отмечены по туберкулезу легких, больные были госпи-

тализи-рованы с диагнозом пневмония (5 пациентов и 1 больной с диагнозом ХОБЛ). Это подтверждает высокую заболеваемость населения туберкулезом.

Таблица 5. Расхождение диагнозов поликлиники и стационара.

№	Стационар	Поликлиника
1	Инfiltrативный туберкулез правого легкого, БК «+»	ХОБЛ, обострение
2	Острый инфаркт миокарда	В / больничная пневмония
3	ЖДА тяжелой степени	Артериальная гипертензия 2 ст.
4	Инfiltrативный туберкулез левого легкого	В / больничная пневмония в/доли левого легкого
5	Инfiltrативный туберкулез	В / больничная пневмония
6	Инfiltrативный туберкулез правого легкого. БК «+»	В / больничная пневмония обоих легких
7	ИБС. Стенокардия напряжения ФК 3, мерцательная аритмия тахисистолическая форма. Н 2Б	ХОБЛ, обострение
8	Спинальная нейродистрофия	Артериальная гипертензия 2 ст.
9	Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инfiltrации	В / больничная пневмония
10	Экссудативный плеврит туберкулезной этиологии	В / больничная пневмония

В формировании такой структуры заболеваемости с преобладанием патологии органов дыхания основными причинами являются загрязнение атмосферы оксидами азота, серосоединениями, углеводородами, формальдегидом, тяжелыми металлами, а доказательством опасности этих соединений является выявление специфических аллергических антител к ксенобиотикам и реакций иммунокомпетентных клеток.

Удельный вес хронических обструктивных заболеваний органов дыхания, в структуре пролеченных в стационаре больных имеет тенденцию к небольшому снижению (с 10,6% до 8,3%), удельный вес больных с бронхиальной астмой существенно не изменился (с 1,3% в 2010 г. До 1,4% в 2011 г.). В то же время, отмечается существенный рост в структуре заболеваемости пневмонии, удельный вес которой возрос с 40,1% в 2010 году до 47,4% в 2011 году.

Следует отметить, что если заболевания органов дыхания стабильно занимают лидирующее положение, то доля сердечно-сосудистой патологии в 2011 году пошла на снижение по сравнению с предыдущим годом. Среди больных, пролеченных в терапевтическом отделении городской больницы №2 с заболеваниями пищеварительной системы, преобладали пациенты с хроническим панкреатитом, холециститом.

Выводы:

1. При анализе структуры заболеваемости терапевтического отделения городской больницы № 2 г. Семей лидирующее место занимают заболевания органов дыхания и сердечно сосудистой системы.

2. При анализе заболеваний по нозологиям среди болезней органов дыхания наиболее высокий удельный вес приходится на очаговую пневмонию, а среди заболеваний сердечно сосудистой системы - на артериальную гипертонию.

3. С целью снижения заболеваемости рекомендуется усилить меры первичной и вторичной профилактики, главным образом, на уровне первичной медицинской помощи нашего здравоохранения.

Литература:

1. Фролов А.Б. Бронхолегочная патология среди населения промышленного города с высокой аэрогенной антропогенной нагрузкой // Вестник Оренбургского государственного университета. –2006. – № 13 (63). – С. 292-294.

2. Фролов А.Б. Атмосферный воздух г. Оренбурга и здоровье населения // Региональная научно-практическая конференция молодых ученых и специалистов: Сб. материалов. – Оренбург, 2004. – Ч. I. – С. 63-65.

3. Осиян С.А. Биологические маркеры в гигиенической оценке среды обитания / С.А. Осиян, В.М. Боев, А.Б. Фролов, А.И. Коноплев, А.А. Васильев, О.Л. Чернова // Материалы XV международного симпозиума «Медико-экологическая безопасность, реабилитация и социальная защита населения». – Италия. – 2004. – С.191-195.

4. Коноплев А.И. Профессиональная составляющая аэрогенной дозы, формируемой в условиях городской

среды / А.И. Коноплев, В.М. Боев, Н.Н. Верещагин, В.Н. Дунаев, А.П. Воробьев, В.Н. Аверьянов, А.Б. Фролов // Материалы III Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». – М., 2004. – С.109-111.

5. Сетко И.М. Онкоэпидемиологическая ситуация в условиях промышленного потенциала современного города / И.М. Сетко, М.С. Журавлева // Материалы Всероссийской научно-практической конференции молодых

ученых и специалистов «Окружающая среда и здоровье». – Суздаль, 2005. – С. 191-193.

6. Боев В.М. Оценка риска факторов среды обитания на здоровье населения урбанизированных и сельских территорий / В.М. Боев, Н.Н. Верещагин, М.В. Боев,

7. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. Москва, 1998 г.

УДК 616.12-008.10.2

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

¹Е.П. Бендриковская, ²Б.Ж. Сарбасова, ³М.Т. Елемесова,
⁴Т.Ш. Матунова, ³С.М. Исаханова, ⁵А.Ж. Адилбеков

*ЦПМСП №11 «Вита», г. Семей¹, КГКП «Городская больница №2», г. Семей²,
Центр реабилитации ИОВ, г.Семей³, КГКП «МО Бородулихинского района»⁴
Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г. Астана*

Резюме

В статье сделан краткий обзор по современному состоянию вопросов тромболитической терапии при остром коронарном синдроме, дан сравнительный анализ фибринолитических препаратов разных поколений, их преимуществам и недостаткам. Отмечается важная роль тромболитической терапии как современного метода лечения острого коронарного синдрома.

ТҰжырым

ӨТКІР КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ТРОМБОЛИЗИСТІК ТЕРАПИЯ

Е.П. Бендриковская, Б.Ж. Сарбасова, М.Т. Елемесова, Т.Ш. Матунова, С.М. Исаханова, А.Ж. Адилбеков

Бұл мақалада қазіргі таңда өткір коронарлық синдром кезінде қолданылатын тромболизистік терапия мәселесіне арналған шолу жасалған. Әр түрлі фибринолиздік препараттар салыстырылып, бұлардың артықшылықтары мен кемшіліктері аталған. Бұл емдік шаралардың ерекше маңызды екені тұралай басылып айтылады.

Summary

TROMBOLITICKAL THERAPY AT ACUTE CORONARY SYNDROME

E.P. Bendrikovskaya, B.G. Sarbasova, M.T. Elemesova, T.Sh. Matunova, S.M. Isakhanova, A.Zh. Adilbekov

In article the short review on a current state of questions of trombolitickal therapy is made at an acute coronary syndrome, the comparative analysis of fibrinolytic preparations of different generations is given, to their advantages and shortcomings. The important role of trombolitickal therapy as modern method of treatment of an acute coronary syndrome is noted.

Проблема болезней системы кровообращения (БСК) сохраняет свою актуальность в связи с высокими цифрами заболеваемости и смертности во всем мире. В странах с высоким уровнем здравоохранения проводятся крупные рандомизированные исследования, позволяющие определить оптимальную лечебную тактику при тех или иных острых состояниях, а, следовательно, добиться хороших результатов в охране здоровья населения. В нашей республике ведется планомерная работа по снижению показателей заболеваемости и смертности от БСК. Но, к сожалению, пока остается много нерешенных проблем. Главной из них представляется повсеместное внедрение стандартов диагностики и лечения острого коронарного синдрома на этапах медицинской помощи. Решение этой задачи требует обучения врачей и медсестер ПМСП, врачей станций скорой помощи тактики лечения больных ОСК, оснащения лечебных учреждений необходимым медицинским оборудованием, диагностической аппаратурой и техникой, лекарственного обеспечения согласно международным стандартам и протоколам лечения. Практические шаги в этом направлении делаются, но пока они недостаточны. Стоит отметить, что в городе Семей до сих пор нет ангиографической лаборатории для проведения коронароангиографии, что, конечно, не позволяет проводить эффективное лечение больных с ОКС.

В настоящее время принято считать, что острый коронарный синдром (ОКС), под которым понимают нестабильную стенокардию, инфаркт миокарда (ИМ), имеющий подъем интервала ST на электрокардиограмме (ЭКГ) и ИМ без подъема интервала ST, представляет собой определенный спектр клинических проявлений одного и того же процесса в коронарных артериях, в ходе которого происходит формирование обструкции коронарной артерии различной степени выраженности, вплоть до ее полной окклюзии пристеночным тромбом. Основным фактором, определяющим конечный размер инфаркта миокарда (ИМ), является время до реперфузии миокарда. В связи с этим основной задачей организационной и лечебной тактики доктора становится достижение ранней, эффективной и стойкой реперфузии окклюзированного сосуда. Восстановить коронарное кровообращение возможно с помощью применения различных технологий: проведения тромболизиса, первичного чрескожного коронарного вмешательства (ПЧКВ) - ангиопластики со стентированием и без; экстренного аортокоронарного шунтирования [1,3].

Эффект тромболитической терапии связан с восстановлением проходимости пораженной артерии вследствие лизиса в ней тромба, ограничением зоны некроза, сохранением жизнеспособности и электрической стабильности миокарда, функции левого желудоч-

ка (ЛЖ), уменьшением осложнений ОКС с подъемом интервала ST, смертности [1].

К первому поколению тромболитиков относится стрептокиназа (СК), (1953 г.), ко второму – рекомбинантный тканевой активатор плазминогена альтеплаза (ТАП), к третьему – тенектеплаза (ТНК) (2000 г.). Эффективность тромболитической терапии у больных ИМ доказана была еще в 1986 г. после проведения исследований GISSI-1 (1986) и ISIS-2 (1988).

Характеристика идеального тромболитического препарата и его выбор практическим доктором определяется высокой частотой реперфузии, низкой вероятностью реокклюзий, низким риском развития осложнений и неблагоприятных гемодинамических эффектов, благоприятным влиянием препарата на летальность, экономической эффективностью. Маркеры эффективного тромболитического лечения оцениваются через 90 минут и включают снижение сегмента ST более 50%, раннее многократное увеличение уровня кардиоспецифических ферментов (МВ КФК, миоглобин, тропонин), значительное уменьшение интенсивности, либо исчезновение болевого синдрома, появление реперфузионных аритмий. Неэффективный тромболитический эффект включает в себя раннюю реокклюзию инфаркт-связанной артерии, что встречается у 15% пациентов и ассоциируется с трехкратным увеличением смертности в сравнении с показателем у больных, у которых происходит эффективная ТЛТ [2].

Основным средством ТЛТ, применяемым в Казахстане, является СК, 1 500 000 Ед которой вводится в 100 мл физиологического раствора в/венно в течение 30-60 минут. Использование тромболитиков, в частности, стрептокиназы открыло в стране эру тромболитического лечения, изменило психологию врачей в пользу агрессивной тактики у больных ОКС с подъемом интервала ST. Однако, активно развивающиеся технологии медикаментозного восстановления кровотока в инфаркт-связанной артерии требуют внимательного отношения к результатам многоцентровых исследований, свидетельствующих о значительных достижениях в области увеличения частоты реперфузии, уменьшения частоты реокклюзий, риска развития осложнений и летальности.

Препаратом второго поколения стал тканевой рекомбинантный активатор плазминогена (ТАП, альтеплаза), который активирует превращение плазминогена в плазмин, растворяет фибриновые нити тромба и является копией человеческого тканевого активатора плазминогена, созданной методом генной инженерии. Альтеплаза (Актилизе) остается относительно неактивной в системе циркуляции, активируется связываясь с фибрином сгустка, способна растворять тромбы, устойчивые к другим тромболитикам, не вызывает образования антител, реже провоцирует развитие гипотензии или шока, сохраняет в 2 раза больше жизней, чем СК, если

назначается пациенту с повторным острым ИМ. Применение ТАП наиболее целесообразно при аллергических реакциях на СК в анамнезе или при недавнем (до 6 месяцев) ее введении, у больных молодого возраста и при исходной артериальной гипотензии. Стандартная схема введения препарата не проста и, безусловно, требует постоянного контроля медицинского персонала, тем не менее, многочисленные результаты зарубежных исследований содержат информацию о весьма эффективном применении ТАП на догоспитальном этапе: первые 10 мг препарата вводят болюсом, затем 50 мг капельно в течение часа и 40 мг в течение 2 часов. Значимый период полувыведения ($T_{1/2}$) составляет 4-5 минут, таким образом, через 20 минут в плазме остается менее 10% от исходного количества препарата, а для оставшегося количества препарата $T_{1/2}$ составляет около 40 мин. При этом общая доза не должна превышать 100 мг [4].

До появления ТНК непрерывная инфузия альтеплазы (актилизе) рассматривалась как золотой стандарт фармакологической реперфузионной терапии. ТНК является генетически модифицированным тканевым активатором плазминогена, обладает 1) уникальным фармакологическим профилем, по эффективности и безопасности не уступая альтеплазе, введение препарата характеризуется быстротой, простотой и удобством (разовый болюс-5-10 секунд), 2) улучшенным профилем безопасности, обусловленным высокой фибриноспецифичностью, что гарантирует уменьшение риска возникновения кровотечений, 3) большей, чем у ТАП устойчивостью к ингибитору 1 активатора плазминогена, в результате чего препарат быстрее проникает вглубь тромба и действует дольше ($T_{1/2} = 20$ минут), сокращает время восстановления перфузии миокарда, сохраняет больший объем ткани миокарда от ишемии, улучшает шансы больного выжить, сохранить нормальную функцию ЛЖ, работоспособность, качество жизни.

Литература:

1. Чазов Е.И., Бойцов С.А. Кардиологический вестник. 2009; 1: 5–10
2. Дзяк, Г. В., Коваль, Е. А. Тромболитическая терапия при остром коронарном синдроме с элевацией сегмента ST: необходимо ли изменить стандарт реперфузионной терапии // Укр. кардіол.журн.2004.№1. С. 15 – 21.
3. Цеденова, Е. А., Волов, Н. А., Лебедева, А. Ю., Гордеев, И. Г. Оценка эффективности хирургического и консервативного методов лечения больных инфарктом миокарда, получавших тромболитическую терапию // Российский кардиологический журнал. 2007. № 12/1. С. 24 – 25.
4. Borgia F, Goodman S, Halvorsen S et al. Eur Heart J Advanced Access 2010.

УДК 616.12-008.10.2

РЕПЕРFUЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Н. Жумадилова

ЦПМСП №3, г. Семей

Резюме

В статье освещены вопросы современного состояния проблемы острого коронарного синдрома, принципы адекватной терапии, место тромболитической реперфузии и первичной баллоной ангиопластики коронарных сосудов. Подчеркивается, что в условиях Казахстана более доступным остается фармакологическая реперфузия при остром коронарном синдроме.

Тұжырым
ӨТКІР КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ РЕПЕРFUЗИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯ
Н. Жумадилова

Мақалада өткір коронарлық синдромға қатысты заманауи мәселелер қарастырылады. Оның емдік шараларына басты назар аударылады. Тромболиттік терапия және біріншілік баллондық ангиопластика тәсілдері салыстырылып, Қазақстанда қазіргі таңда фармакологиялық реперфузия көбірек қолданылу керетігі туралы тұжырым жасалады.

Summary
REPERFUZION THERAPY OF THE ACUTE CORONARY SYNDROME
N. Zhumadilova

In article questions of a current state of a problem of an acute coronary syndrome, principles of adequate therapy, a place of a trombolitcal reperfuizon and primary ballony angioplastic of coronary vessels are covered. It is emphasized that in the conditions of Kazakhstan more available there is a pharmacological reperfuizon at an acute coronary syndrome.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в большинстве стран мира являются причиной высокой заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения. В структуре общей смертности доля ССЗ составляет около 52%. Ежегодно умирают от ССЗ в Европе около 3 млн, в России более 1 млн, в Казахстане более 80 тыс человек. В США около 13 млн человек страдают ИБС. Уровень заболеваемости ССЗ в Казахстане остается достаточно высоким, хоть и снизился с 2273,1 случаев в 2009 г. до 2087,7 - в 2010 году (на 100 тыс. населения). Лидируют по этому показателю: Алматинская (2812,1), Восточно-Казахстанская (2342,7), Кызылординская (2268,1), Жамбылская (2259,2), Павлодарская (2161,2) области, город Алматы (2732,0).

Благодаря мероприятиям в рамках Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи на 2007-2009 годы в нашей республике наблюдается четкая тенденция снижения показателя смертности от БСК с 535,5 в 2005 году до 403,7 на 100 тыс. населения в 2010 году [1].

Несмотря на очевидные успехи, достигнутые в диагностике и лечении острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКСпST), смертность от этого заболевания остается достаточно высокой даже в странах с высоким уровнем оказания медицинской помощи. По данным регистра GRACE, смертность от инфаркта миокарда (ИМ) составляет 8,0%. Стойкий подъем сегмента ST на электрокардиограмме является отражением острой коронарной окклюзии, чаще всего тромботической. Основная цель лечения в этой ситуации – по возможности наиболее быстрое, полное и стойкое восстановление кровотока в коронарной артерии (КА). Сегодня в нашем распоряжении есть два метода восстановления коронарного кровотока: медикаментозный – с помощью фибринолитических препаратов и механический – с помощью первичных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Первичным ЧКВ считается баллонная ангиопластика или стентирование инфаркт-связанной КА, выполненное в течение первых 12 ч от начала клинической картины ИМ без предшествующего применения тромболитических препаратов.

Достоинства и недостатки методов реперфузии хорошо известны. К преимуществам тромболитической терапии (ТЛТ) относятся простота ее проведения, относительно невысокая стоимость, возможность выполнения как на догоспитальном этапе (существенное сокращение времени до начала реперфузионной терапии), так и в стационаре. К недостаткам ТЛТ следует отнести значительное снижение эффективности при запоздалом применении, а также различные геморрагические осложнения, в том числе и внутричерепные кровоизлияния. К преимуществам первичных ЧКВ относятся более эффективное восстановление проходимости КА

(95–98%), небольшая частота повторных окклюзий КА, меньшая частота инсультов.

Существенным недостатком ЧКВ у больных с ОКСпST являются серьезные организационные сложности: в Казахстане эти методы лечения используются с 2008 года и пока существует немного центров с большим опытом работы, в которых выполняется не менее 200 ангиопластик в год, и имеющих круглосуточную бригаду интервенционных кардиологов, каждый из которых выполняет не менее 75 этих вмешательств в год (общепринятые международные требования). Кроме того, к недостаткам ЧКВ нужно отнести неизбежную потерю времени при подготовке к операции, тем более при транспортировке больного в центр, располагающий соответствующими возможностями. Незрелость транспортной инфраструктуры и большие расстояния в нашей республике также сказываются на доступности ЧКВ. Общеизвестно, что любые попытки восстановления коронарного кровотока оправданы только в первые 12 ч от начала клинической картины заболевания.

В нескольких метаанализах показано, что время от начала боли до начала реперфузии при ОКСпST – наиболее значимый фактор для снижения смертности больных с ИМ [2, 3]. Если рассматривать реперфузионную стратегию с точки зрения фактора времени, то в течении ИМ можно выделить 2 периода: критический (первые 2 ч), во время которого открытие артерии спасает миокард, и более поздний, когда открытие артерии уже не приводит к спасению миокарда, но может ограничить зону некроза и снизить количество осложнений [4]. Применение ТЛТ в течение 1-го часа от момента начала боли позволяет спасти 65 жизней на 1000 пролеченных пациентов, в то время как через 3–6 ч этот показатель снижается до 29 на 1000 пациентов [2]. Не вызывает сомнений, что ТЛТ, проведенная в самые ранние сроки (около 2 ч) развития ОКСпST, по эффективности не уступает ЧКВ, и даже превосходит его.

При этом следует отметить, что четкие преимущества достигаются при использовании ТЛТ у пациентов с низким риском. В работе Kent и соавт. все пациенты были разделены на 5 групп риска на основании пола, возраста, показателей гемодинамики, изменений ЭКГ. Выяснилось, что в группах с наивысшим риском ЧКВ были более эффективны, чем ТЛТ. Однако 60% пациентов входили в группы низкого и среднего риска, при котором раннее применение ТЛТ более эффективно, чем ЧКВ [5].

Одним из возможных вариантов ускорения времени наступления реперфузии является проведение догоспитального тромболитика. Учитывая сложности с проведением экстренных ЧКВ, в нашей стране данная стратегия может стать в буквальном смысле слова спасительной для огромного числа пациентов. По данным ряда исследований, при догоспитальном тромболитике отме-

чалось значительное снижение смертности по сравнению с ТЛТ, проводимой в стационаре. Еще один важный вопрос в лечении пациентов с ОКСспST – сроки проведения коронарной ангиографии (КАГ) и возможной ангиопластики после тромболитика. Хотя в ряде исследований (ASSENT-4 PCI, FINESSE) «облегченная» ангиопластика не продемонстрировала свою эффективность, идея максимально раннего механического открытия целевой артерии представляется заманчивой.

Полезность «фармакоинвазивного» подхода была продемонстрирована в исследовании TRANSFER AMI. Пациенты после тромболитика теноктеплазой были рандомизированы на 2 группы: 1-ю, в которой выполнялось ЧКВ в течение 6 ч независимо от результатов тромболитика, и 2-ю, где спасительное ЧКВ выполнялось только при неэффективности ТЛТ. Оставшимся пациентам КАГ проводилась в течение 24 ч. Выяснилось, что 30-дневная частота смертей, инфарктов, инсультов, эпизодов ишемии, хронической сердечной недостаточности и шока в 1-й группе составила 10,6%, а во 2-й – 16,6% ($p=0,0013$). Причем различие это достигалось за счет снижения повторных эпизодов ишемии и ИМ [6].

На сегодняшний день позиция Европейского общества кардиологов в отношении методов реперфузии суммирована в вышедших в 2008 г. практических рекомендациях по диагностике и лечению ИМспST [7].

Важную роль играет и сопутствующая терапия, направленная на предупреждение возникновения повторного тромбоза инфаркт-связанной артерии. Помимо хорошо известной ацетилсалициловой кислоты, в настоящее время для этой цели используются клопидогрел, нефракционированный гепарин, эноксапарин и фондапаринукс натрия [7]. За рубежом уже появились тикагрелор и прасугрел, в нашей стране эти препараты пока отсутствуют. Важно отметить, что значительные резервы в снижении смертности от ОКСспST находятся

в организационной сфере. Уменьшение времени от начала заболевания до начала реперфузии за счет догоспитального тромболитика – одна из таких задач. Важным является внедрение образовательных программ как для медицинского персонала, так и для населения. Кроме того, крайне важно четко следовать современным методическим рекомендациям в практике. Данные исследований показывают, что в тех лечебных учреждениях, где ведение пациентов осуществляется в соответствии с международными рекомендациями, значительно снижается уровень смертности, количество и выраженность различных осложнений острого коронарного синдрома.

Литература:

1. Бекбосынова М.С. Болезни системы кровообращения. Этапы: амбулаторный и скорая помощь. Проблемы и пути их решения. Доклад на заседании Республиканского штаба по БСК от 18 мая 2011 г.
2. Бойцов С.А., Довгалецкий П.Я. и др. Регистр ОКС. <http://www.cardioweb.ru>
3. Чазов Е.И., Бойцов С.А. Кардиологический вестник. 2009; 1: 5–10.
4. De Luca G et al. Time Delay to Treatment and Mortality in Primary Angioplasty for Acute Myocardial Infarction: Every Minute of Delay Counts Circulation, 2004; 109: 1223–5.
5. Gersh BJ et al. Pharmacological Facilitation of Primary Percutaneous Coronary Intervention for Acute Myocardial Infarction: Is the Slope of the Curve the Shape of the Future? JAMA 2005; 293: 979–86.
6. Kent et al. Comparison of Mortality Benefit of Immediate Thrombolytic Therapy Versus Delayed Primary Angioplasty for Acute Myocardial Infarction. Am J Cardiol 2007; 99: 1384–7. Borgia F, Goodman S, Halvorsen S et al. Eur Heart J Advanced Access 2010.

УДК 616.24-007.63

О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

¹Е.П. Бендриковская, ²Б.Ж. Сарбасова, ³Ш.О. Калиева, ⁴А.И. Сторож,
⁵Н.Н. Чернова, ⁶Б.С. Сейсекеменова, ⁷А.Ж. Адилбеков

ЦПМСП №11 «Вита», г. Семей¹, КГКП «Городская больница №2», г. Семей²,
КГКП ВКОПТД, г. Усть-Каменогорск³, МСЧ №2, г. Усть-Каменогорск⁴,
КГКП «Поликлиника смешанного типа №2», г. Семей⁵, КГП «ПМСП №5», г. Семей⁶,
Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи г. Астана⁷

Тұжырым

БРОНХИЛЫҚ АСТМА АУРУЫНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕР

Е.П. Бендриковская, Б.Ж. Сарбасова, Ш.О. Калиева, А.И. Сторож, Н.Н. Чернова, Б.С. Сейсекеменова, А.Ж. Адилбеков
Бұл мақалада бронхилық астма ауруында қазіргі таңда қолданылатын кешенді емдеу принциптері қарастырылады. Қабынуға қарсы әсері бар дәрі-дәрмектер негізгі емдік шаралар ретінде аталады. Медикаментозды емес шаралардың маңызы да көрсетілген. Бұлардың ішінде науқас үшін ауру туралы толық хабардар ететін оқыту іс-шараларын ұйымдастыру жөнінде айтылады.

Summary

ABOUT COMPLEX TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA

Е.П. Bendrikovskaya, B.G. Sarbasova, S.O. Kalieva, A.E. Storozh, N.N. Chernova, B.S. Seysekenova, A.Zh. Adilbekov

In article the short review on a current state of questions of complex treatment of bronchial asthma is made. The role of anti-inflammatory preparations as means of basic therapy is specified. Value of non-drug methods of treatment, educational programs for the patient and training to its method of self-checking is noted.

В мае 2011 года отмечался Международный день астмы, который провозглашен Всемирной организацией

здравоохранения (ВОЗ) и проводится ежегодно в первый вторник мая по инициативе проекта «Международ-

ная инициатива против астмы» (GINA) с целью привлечь внимание общественности всего мира к проблеме астмы. Первый Международный астма-день был проведен в 1998-м году в 35-ти странах мира в рамках первой всемирной встречи по проблемам астмы в Барселоне (Испания). В последние десятилетия во всех развитых странах отмечается значительный рост частоты и тяжести протекания бронхиальной астмы. В некоторых странах (например, Великобритания и Новая Зеландия) это заболевание объявлено «национальным бедствием». В России, по официальным данным Минздрава, уровень заболеваемости астмой среди детей составляет 15%, среди взрослых - 10%. К началу 21-го века уровень смертности в мире по сравнению с 90-ми годами вырос в 9 раз! И около 80% детских смертей при бронхиальной астме приходится на возраст от 11 до 16 лет! Бронхиальная астма представляет глобальную проблему здравоохранения – в мире живет около 300 млн. больных БА. По статистическим данным ВОЗ к 2025 году их станет на 100 млн. больше. По ориентировочным оценкам, от БА умирают 250 000 человек в год. У нас в Казахстане с бронхиальной астмой ситуация сложилась также неблагоприятно. По данным «Мединформ» в 2011 году зарегистрировано 58938 случаев заболевания бронхиальной астмой, из них 10659 дети, 2499- подростки, 45780 – взрослые, впервые в жизни диагноз бронхиальной астмы выявлен у 2751 ребенка, 402 подростков и 4227 взрослых. Лечение БА остается актуальной проблемы современной клинической медицины.

Комплексная лечебная программа БА включает в себя:

- Образовательную программу пациентов.
- Динамический контроль тяжести заболевания и адекватности проводимой терапии с помощью клинических и функциональных исследований.
- Элиминацию или контроль причинных факторов.
- Разработку плана медикаментозной терапии.
- Профилактику обострения и разработку плана его лечения.
- Динамическое наблюдение за больным.

Исходная тяжесть заболевания и интенсивность проводимых лечебных мероприятий, их объем и адекватность определяются при помощи динамического контроля за клиническим состоянием пациента, а также изменениями функциональных легочных тестов. В качестве наиболее доступного, недорогого и удобного в амбулаторной практике предлагается метод пикфлоуметрии, позволяющего судить об амплитуде суточных колебаний ПОСвд* как о критерии адекватности проводимой терапии, о значимости экзогенных производственных или бытовых факторов в течение заболевания, об эффективности проводимого лечения, а также может свидетельствовать о наступлении обострения заболевания.

В большом проценте случаев заболевание, в особенности у детей, связано с экзогенным воздействием сенсibilизирующих факторов аллергенной и неаллергенной природы. В связи с этим ведение больного должно начинаться с попытки элиминации (если это возможно) или уменьшения экспозиции воздействия данного агента. Наличие профессиональной БА заставляет рассматривать вопрос о смене рабочего места пациента. Важнейшими аспектами санитарно-гигиенических мероприятий являются соблюдение ги-

поаллергенной диеты, входящей в ранг обязательных мероприятий при наличии пищевой аллергии, поддержание чистоты воздуха в жилище пациента, отказ от курения.

При составлении плана медикаментозного лечения БА представляется необходимым определить спектр основных противоастматических препаратов. К ним следует отнести: противовоспалительные:

* Кромогликат, недокромил натрия и новые генерации мембраностабилизирующих препаратов

* Глюкокортикостероиды ингаляционные, парентеральные, пероральные.

- симптоматические средства:

* Селективные В2-агонисты короткого и пролонгированного действия

* Ксантины короткого и пролонгированного действия

* Ингаляционные М-холинолитики .

Предлагаются дифференцированные схемы терапии в зависимости от степени тяжести заболевания. Лечение БД легкой степени тяжести предполагает, в зависимости от клинических симптомов, постоянное или эпизодическое (перед ожидаемой физической нагрузкой или контактом с аллергеном) применение кромогликата натрия. Ингаляционные В2-агонисты применяются по потребности, но не чаще трех раз в неделю.

Медикаментозная терапия БА среднетяжелого течения предусматривает ежедневное использование противовоспалительных препаратов (ингаляционные глюкокортикостероиды в дозе до 1000 мкг в сутки, кромогликат натрия), ежедневный прием В2-агонистов по потребности, но не более 3-4 раз в день. Возможно применение пролонгированных бронхолитиков, особенно при появлении ночных приступов удушья. В ряде случаев целесообразно включение в схему лечения ингаляционных холинолитиков.

Лечение БА тяжелого течения включает ежедневный прием ингаляционных глюкокортикостероидов в дозе свыше 800 мкг в сутки под контролем врача, возможно системное применение глюкокортикостероидов, показано использование пролонгированных бронхолитиков в сочетании с плановым приемом ингаляционных В2-агонистов короткого действия утром и по потребности в течение суток, но не более 3-4 раз в день.

Профилактика обострений БА включает в себя полноценное образование пациента, элиминацию или контроль причинных факторов, следование рекомендуемым схемам медикаментозной терапии, динамическое наблюдение за пациентом.

Литература:

1. Есимова Л.А. Материалы республиканского круглого стола по профилактике бронхиальной астмы. 24 апреля 2012, Астана
2. Княжеская Н.П. Комбинация антихолинергических препаратов и в2-агонистов в лечении бронхиальной астмы. *Consilium medicum*. 2010; 4 (3): 351–7.
3. Клячкина И.Л. Бронхолитические препараты в терапии болезней органов дыхания. *Леч. врач*. 2011; 8: 22–8.
4. Овчаренко С.И. Пожилой больной бронхиальной астмой: особенности ингаляционной терапии. *Consilium medicum*. 2010; 4 (4): 425–30.
5. Шмелев Е.И. Бронхиальная астма в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких: стратегические проблемы терапии. *Consilium medicum*. 2010; 8

УДК 616.1-084

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

А.М. Бегалина, К.С. Бейсембаева, А.М. Шулупова, А.Ж. Адилбеков

**Государственный медицинский университет города Семей
Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи г. Астана****Резюме**

Современные возможности первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) весьма высоки. Основными, хорошо изученными факторами риска ССЗ являются курение, повышение артериального давления и холестерина крови. К другим факторам, ассоциированным с ССЗ относятся избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, избыточное потребление алкоголя и психосоциальный стресс. Немедикаментозная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний является первым этапом любых профилактических мероприятий. Медикаментозная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний проводится обычно в дополнение к максимально возможному количеству немедикаментозных мероприятий

Тұжырым**ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ**

Қазіргі таңда жүрек-қантaмыр ауруларының біріншілік және екіншілік алдын алу шараларының мүмкіндігі өте жоғары. Жүрек-қантaмыр ауруларының негізгі қауіп факторлары: шығым шегушілік, қан қысымы мен қандағы холестериннің жоғарылауы жақсы зерттелген. Жүрек-қантaмыр ауруларының ассоцияланған басқа қауіп факторларына артық дене салмағы мен семіздік, алкогольді мөлшерден артық қолдану, қантты диабет, қантты мөлшерден артық қолдану және психологиялық әлеуметтік стресс. Жүрек-қантaмыр ауруларының алдын алу шараларында медикаментсіз ем бірінші кезекте тұр. Медикаментті ем жүрек-қантaмыр ауруларының алдын алу шараларында медикаментсіз мүмкіншілікте қосымша болып саналады.

Summary**FACTORS OF CARDIO VASCULAR SYSTEM DISEASES AND PREVENTIVE MEDICINE**

The modern opportunities of the first and the second types of cardio vascular system diseases (CVSD) preventive medicine are characterized with considerably high quality. The basic well known factors of CVSD are smoking, high level of arterial pressure, and high level of cholesterol in blood. Other factors of CVSD could be obesity and overweight, alcohol abuse and psycho-social stress. Preventive medicine of CVSD without use of drugs is the first step of any preventive programs. Preventive medicine with use of medical treatments are based on the low level of treatment use as much as possible

Показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения вследствие основных болезней системы кровообращения имеют тенденцию к неуклонному росту во всем мире, в том числе и в Казахстане.

Современные возможности первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) весьма высоки. Развитие теоретической и методологической базы доказательной медицины в течение последних десятилетий обеспечило существенный прогресс в разработке и пропаганде среди врачей и пациентов научно обоснованных подходов к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, а также в оценке ее результатов.

Более половины (56%) населения трудоспособного возраста имеет те или иные факторы риска, причем у половины лиц этой группы факторы риска встречаются в разнообразных сочетаниях, в результате чего суммарный риск заболевания значительно увеличивается.

Основными, хорошо изученными факторами риска ССЗ являются курение, повышение артериального давления и холестерина крови, т.е. факторы непосредственно связанные с образом жизни и привычками питания, а также уровнем физической активности человека. К другим факторам, ассоциированным с ССЗ относятся избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, избыточное потребление алкоголя и психосоциальный стресс.

Характеристики, ассоциированные с сердечно-сосудистым здоровьем, включают:

- Отказ от курения
- Адекватный уровень физических нагрузок - не менее 30 минут 5 раз в неделю
- Рациональное питание
- Отсутствие избыточной массы тела
- Артериальное давление ниже 140/90 мм рт ст

- Холестерин ниже 5 ммоль/л (190 мг/дл)
- Нормальный метаболизм глюкозы
- Отсутствие избыточного стресса

По оценкам ВОЗ умеренное снижение в масштабах популяции артериального давления, ожирения, холестерина и курения одновременно приведет к сокращению частоты ССЗ в 2 раза.

Немедикаментозная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний является первым этапом любых профилактических мероприятий. В англоязычной литературе синонимы немедикаментозной профилактики - "изменение жизненных привычек", "изменение стиля жизни".

Наиболее распространенным фактором риска среди трудоспособного населения, особенно среди мужчин, является курение. У курящих, по данным ВОЗ, чаще развиваются сердечно-сосудистые, онкологические (с поражением дыхательной системы), бронхолегочные заболевания. Выраженность патологии, частота осложнений связаны не только с фактом курения, но и с его интенсивностью. По мнению экспертов ВОЗ, нет "неопасных" видов табачных изделий, так как спектр вредных веществ в табачном дыме настолько широк, что меры по уменьшению одного-двух из них (например, с помощью специальных фильтров и др.) в целом не снижают опасность курения. Врач должен терпеливо, но настойчиво ставить акцент на поиск "альтернативной" замены курения в каждом конкретном случае, вовлекая курильщика в "сотрудничество", постепенно подводя его к мысли о необходимости и реальной возможности прекращения курения. Нужно создать у курильщика положительную мотивацию к отказу от этой привычки и убедить его, что всегда предпочтительнее одномоментный отказ от курения. Следует рекомендовать пациенту избегать ситуаций, провоцирующих курение. Психоло-

гическая поддержка окружающих, одобрительное отношение к некурению способствуют закреплению отказа от этой вредной привычки.

Избыточная масса тела, нарушения липидного обмена, как правило, тесно связаны с неправильными привычками и характером питания, поэтому их коррекция предполагает прежде всего комплекс диетических рекомендаций, в основе которого лежит принцип рационального питания. У лиц, не контролирующих калораж своего пищевого рациона, увеличивающих потребление животных жиров, углеводов, в два-три раза чаще развивается избыточная масса тела.

Наиболее распространенным подходом к снижению массы тела является назначение низкокалорийных, сбалансированных по основным пищевым веществам диет. Успешное уменьшение массы тела отмечается при условии соблюдения диеты - когда расход энергии за сутки больше количества калорий, полученных с пищей, уменьшение в рационе углеводов и жиров, особенно животного происхождения, прием пищи до 18.00, дробное питание (3-4 раза в день, маленькими порциями, принимать пищу следует медленно). Необходимо обеспечить физиологические потребности организма в незаменимых пищевых веществах: белках, жирах, углеводах, витаминах, минеральных веществах. Суточную калорийность следует ограничить 1800-2000 ккал. Больным с повышенным уровнем холестерина, его фракций и у лиц с риском его повышения (тучных, с нарушением обмена, наследственной предрасположенностью) рационализацию питания следует дополнить следующими рекомендациями:

- не употреблять более трех яичных желтков в неделю, включая желтки, используемые для приготовления пищи;

- ограничить потребление субпродуктов (печень, почки), икры, креветок; всех видов колбас, жирных окороков, сливочного и топленого масла, жирных сортов молока и молочных продуктов;

- глубокое прожаривание пищи на животных жирах заменить тушением, варкой, приготовлением на пару, в духовке, перед приготовлением срезать видимый жир с кусков мяса, а с птицы удалить кожу;

- отдать предпочтение рыбным блюдам, продуктам моря, овощам и фруктам;

- использовать обезжиренные сорта молочных продуктов, готовить на растительных маслах.

Если соблюдение диеты в течение трех-шести месяцев не приводит к снижению уровня общего холестерина в крови, рекомендуется лекарственная терапия.

Доказано, что физически активный досуг предупреждает последствия малоподвижного образа жизни (развитие ожирения, артериальной гипертензии, заболеваний сердечно-сосудистой системы, обменных нарушений). Физическая активность должна сопровождаться положительными психо-эмоциональными установками и не иметь оттенка бремени. Перед началом самостоятельных занятий необходимо провести медицинское обследование в зависимости от возраста больного:

- до 30 лет достаточно обычного врачебного осмотра;

- от 30 до 40 лет к осмотру необходимо добавить снятие ЭКГ-покоя;

- старше 40 лет рекомендуется начинать тренировки под наблюдением инструктора врачебно-физкультурного диспансера с предварительным проведением пробы с физической нагрузкой.

Лицам старше 40 лет физическую нагрузку рекомендуется назначать с дозированной ходьбы, постепенно увеличивая темп и дистанцию.

Лицам с ожирением рекомендуются аэробные физические нагрузки - бег, плавание, лыжные прогулки, езда на велосипеде. Однако наиболее приемлемым видом физической активности следует считать ходьбу, которая должна быть регулярной, умеренной интенсивности, ежедневной. Эффективность физической нагрузки в отношении уменьшения массы тела возрастает по мере увеличения продолжительности ходьбы в течение дня. Ухудшение самочувствия (сна, аппетита, работоспособности, появление неприятных ощущений) требует снижения или прекращения нагрузок.

Медикаментозная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний проводится обычно в дополнение к максимально возможному количеству немедикаментозных мероприятий. Как правило, под медикаментозной профилактикой понимают:

Гипотензивную терапию (применение препаратов, направленных на достижение целевых (оптимальных) значений артериального давления - коррекция артериальной гипертензии);

Гиполипидемическую терапию (снижение уровня общего холестерина крови и его фракций в случае увеличения их количества - коррекция гиперхолестеринемии);

Антиагрегантную и антикоагулянтную терапию (применение средств, направленных на уменьшение риска тромбозомболических осложнений у лиц с высоким риском последних);

Антиишемическую терапию (направленную на улучшение кровоснабжения и процессов обмена в сердечной мышце, в зонах риска развития повреждения, в том числе повторного);

Гипогликемическую терапию (направленную на снижение до целевых значений и контроль за состоянием углеводного обмена).

Каждый из перечисленных видов медикаментозного лечения имеет свои строгие показания и противопоказания и должен назначаться в рамках разработанных алгоритмов, но вместе с тем строго индивидуально. Только такой подход обеспечит ожидаемую эффективность профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Основные задачи профилактики у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и у лиц с высокой степенью риска

- Не курить;

- соблюдать здоровую диету;

- быть физически активными;

- индекс массы тела (ИМТ) должен составлять менее 25 кг/м²;

- уровень артериального давления должен составлять менее 140/90 мм рт. ст. у большинства, менее 130/80 мм рт. ст. в отдельных группах;

- уровень общего холестерина (ХС) должен составлять менее 5 ммоль/л (190 мг/дл) у большинства, менее 4,5 ммоль/л (175 мг/дл) в отдельных группах;

- уровень ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) менее 3 ммоль/л (115 мг/дл) у большинства, менее 2,5 ммоль/л (100 мг/дл) в отдельных группах;

- жесткий контроль гликемии у пациентов с сахарным диабетом;

- учитывать другое профилактическое медикаментозное лечение у пациентов отдельных групп.

Сердечно-сосудистые заболевания являются многофакторной патологией и необходимо воздействовать на все факторы и детерминанты риска, как на общественном, так и на индивидуальном уровнях.

Литература:

1. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. - Том 6 М. Медицинская литература. - 2006 г.
2. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Пособие по оценке и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. 2007 г. Женева

3. Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. Кардиология М. «ГЭОТАР-Медиа» 2007 г.
4. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. - М. Издательство Бином. - 2003г.
5. Европейская хартия здорового сердца

УДК 616.1-084

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

¹Г.С. Бекбаева, ²Г.Ж. Нурмуханбетова, ³А.А. Мырсеитова, ³Б.С. Сейсекенова

Врачебная амбулатория «Малайсары»¹, Врачебная амбулатория «Жумыскер»² Майского района КГП «ПМСП №5», Семей³

Резюме

В статье дан краткий обзор современного состояния вопроса первичной профилактики болезней системы кровообращения в условиях первичной медико-санитарной помощи, указаны основные направления воздействия на факторы риска: гиперхолестеринемию и избыточный вес, курение и артериальную гипертензию.

Тұжырым

ОТБАСЫЛЫҚ ДӘРІГЕР ТӘЖІРИБЕСİNДЕ ЖҮРЕК ҚАН ТАМЫРЛАР АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Г.С. Бекбаева, Г.Ж. Нурмуханбетова, А.А. Мырсеитова, Б.С. Сейсекенова

Мақалада біріншілік медициналық санитарлық көмек жағдайындағы қан айналым жүйесі ауруларының алдын алу мәселесі бойынша заманауи деректер келтірілген, артық салмақ пен гиперхолестеринемия, шұпым шегу мен артериялық гипертензия сияқты қауіп факторларына әсер ету жолдары қарастырылған.

Summary

PRIMARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PRACTICE OF FAMILY PHYSICIANS

G.S. Bekbayeva, G.Zh. Nurmukhanbetova, A.A. Myrseytova, B.S. Seysekenova

Current state of prophylaxis of cardiovascular diseases in primary care circumstances is highlighten in the article, main approaches for influence on the risk factors like hypercholesterolemia, overweight, smoking and hypertension are discussed.

Болезни системы кровообращения на настоящий момент занимают первое место в структуре общей смертности населения как развитых, так и развивающихся стран. Известно что, в связи с неблагоприятной ситуацией в Казахстане с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Министерством здравоохранения РК разработана Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан», в которой одним из приоритетных направлений признано развитие и совершенствование кардиологической службы в республике.

В ходе выполнения данной Программы в РК создана эффективная кардиологическая и кардиохирургическая служба - 8 специализированных центров, 24 кардиохирургических и 48 кардиологических отделений. В результате реализации Программы планируется снижение показателя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний – в среднем на 20% (в 2009 году этот показатель составил 416,4, а в 2010 году – 403,7 случаев на 100 тыс. населения). Много внимания уделяется в лечении болезней системы кровообращения новым высокотехнологичным методам. Тем не менее, важное значение сохраняет проблема первичной профилактики болезней системы кровообращения.

Профилактика этих заболеваний основывается на воздействии на факторы риска, к которым относятся курение, избыточный вес, стресс, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, артериальная гипертензия, сахарный диабет.

Какими должны быть конкретные мероприятия по первичной профилактике заболеваний и укреплению

здоровья в повседневной деятельности врача общей практики?

Риск развития ИБС возрастает пропорционально количеству факторов риска, но среди нескольких десятков выделяют три основных фактора риска: артериальная гипертензия (АГ), курение и гиперхолестеринемия (ГХС).

При обнаружении повышения АД, рекомендуется обследование у семейного врача на предмет подтверждения или исключения диагноза АГ. На сегодняшний момент тактика ведения больных с артериальной гипертензией предусматривает индивидуальный подбор медикаментозной терапии на основе постоянного приема препаратов. Целью лечения больных с АГ является стремление к нормализации АД, таким образом, улучшая как качество жизни больного, так и предупреждая такие грозные осложнения АГ как инфаркт миокарда и инсульт.

Гиперхолестеринемия определяется по уровню общего холестерина в крови и, как правило, встречается у лиц с избыточной массой тела. Избыточная масса тела, а также ожирение, определяется по индексу массы тела (ИМТ), который рассчитывается с помощью специального калькулятора или по формуле: массу тела (в кг) разделить на рост (в метрах) в квадрате.

Нормальный вес: ИМТ 18,5-25,0 кг/м²

Избыточный вес: ИМТ 25,0 – 30,0 кг/м²

Ожирение: ИМТ > 30,0 кг/м²

Лицам с избыточной массой тела или ожирением рекомендуется снижение веса до нормальных цифр соответственно их росту, конституции. Существуют разные способы снижения веса: немедикаментозные и медикаментозные. Как правило, снижение веса проводится под контролем врача, который поможет больному

определить индивидуально показатель основного обмена, на основании чего рассчитывается суточная потребность в килокалориях в зависимости от образа жизни. Больному рекомендуется пересмотреть свой рацион питания, исключив высококалорийные продукты, существуют специальные таблицы по определению энергетической ценности пищевых продуктов. Питание должно быть разнообразным, с включением значительных порций овощей и фруктов, с ограничением животных жиров, которые должны составлять не более 30% общего суточного калоража. Содержание клетчатки – 25-35 г/день. Принимать пищу следует дробно, то есть 4-5-6 раз в день небольшими порциями. Большое значение имеет физическая активность: регулярные занятия физкультурой, бегом, ходьба пешком. Другим способом снижения веса является медикаментозный, который проводится под контролем врача.

Другим наиболее распространенным фактором риска среди трудоспособного населения, особенно среди мужчин, является курение. По данным ученых Великобритании, причиной каждой второй сердечно-сосудистой смерти является курение. Причем, играет роль не только активное, но и пассивное курение, то есть вдыхание табачного дыма окружающими курильщика людьми. Пассивные курильщики также в равной степени с активными курильщиками подвержены риску возникновения коронарной болезни сердца и рака легкого. В этом плане большое значение имеет активная позиция общественности по борьбе с курением в общественных местах, транспорте, на рабочих местах. Необходимо создать атмосферу нетерпимости по отношению к курению и ограничить курение только в специально отведенных для этого местах как это уже существует в цивилизованных странах.

Выраженность патологии, частота осложнений связаны не только с фактом курения, но и с его интенсивностью. По мнению экспертов ВОЗ, нет “неопасных” видов табачных изделий, так как спектр вредных веществ в табачном дыме настолько широк, что меры по уменьшению одного-двух из них (например, с помощью

специальных фильтров и др.) в целом не снижают опасность курения.

Привычка к курению - сложная психосоматическая зависимость, нередко определяемая типами курительного поведения. Врач должен терпеливо, но настойчиво ставить акцент на поиск “альтернативной” замены курения в каждом конкретном случае, вовлекая курильщика в “сотрудничество”, постепенно подводя его к мысли о необходимости и реальной возможности прекращения курения. Нужно создать у курильщика положительную мотивацию к отказу от этой привычки и убедить его, что всегда предпочтительнее одномоментный отказ от курения.

Таким образом, воздействуя на основные факторы риска коронарной болезни сердца: артериальную гипертензию, избыточный вес и курение, - возможно снижение заболеваемости и смертности от коронарной болезни сердца среди населения.

Литература:

1. Бекбосынова М.С. Болезни системы кровообращения. Этапы: амбулаторный и скорая помощь. Проблемы и пути их решения. Доклад на заседании Республиканского штаба по БСК от 18 мая 2011г.
2. Борьба с артериальной гипертензией. // Доклад Комитета экспертов ВОЗ., М. 2007.
3. Вишневский А., Школьников В. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. // Научные доклады; Вып. 19. Московский Центр Карнеги, М., 2011.
4. Калинина А.М., Чазова Л.В. Многофакторный подход к профилактике ишемической болезни сердца среди населения (руководство для врачей), М., 2010.
5. Оганов Р.Г., Первичная профилактика ишемической болезни сердца // БГВ, М., Медицина. 2010.
6. Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы, ВОЗ, Евробюро, Копенгаген, EUR/ICP/CIND 94 01/PB01, 2009.
7. Чазова Л.В., Калинина А.М., Иванов В.М. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в деятельности врача практического здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 2006. № 6. С. 16-18.

УДК 616.155.1-008.1+008.9+615.2/3

АГРЕГАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ АМЛИПИНА

¹Р.М. Жумамбаева, ²К.А. Тулеуов, ³Н.А. Балашкевич, ⁴С.К. Зияданова, ⁵З.А. Алимбекова, ⁶Б.Т. Рысбекова

*Государственный медицинский университет города Семей^{1,2},
Поликлиника «Хаким», г. Семей^{2,5}, Медицинское объединение №1, с. Самарка⁴*

Резюме

Методом Ашкинази изучали агрегационные свойства эритроцитов у больных с метаболическим синдромом под влиянием амлипина. Отмечено снижение степени агрегации эритроцитов, а также эффективность и безопасность препарата при лечении артериальной гипертензии у больных МС.

Тұжырым

АМЛИПИН ӘСЕРІ КЕЗІНДЕГІ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ЭРИТРОЦИТТЕРІНІҢ АГРЕГАЦИЯЛЫҚ ҚАСИЕТІ

Р.М. Жумамбаева, К.А. Тулеуов, Н.А. Балашкевич, С.К. Зияданова, З.А. Алимбекова, Б.Т. Рысбекова

Ашкинази әдісінің эритроциттің агрегатты ұрғашылықтары бас аурулардың метаболиялық синдроммен амлипина ықпалының астында танысты. Эритроциттің агрегациясының дәрежесінің төмендет-, ал да тиімділік және препараттың қауіпсіздігінің при артериялық гипертензияның шипалары бас аурулардың мс белгіле.

Summary

AGREGATIONAL PROPERTIES OF ERYTHROCYTES IN PATIENT WITH METABOLIC SYNDROME UNDER INFLUENCE OF AMLIPINE**R.M. Zhumbabayeva, K.A. Tyleyov, N.A. Balashkevish, S.K. Ziyadanova, S.A. Alimbekova, B.T. Rysbekova**

Under the influence of Amlipin by the method of Ashkinaza it has been studied the aggregating properties of red corpuscles for patients with metabolic syndrome. It has marked the decline of aggregating degree of red corpuscles and has revealed the efficiency and safety of preparation during the treatment of arterial high blood pressure disease for patients of medical department.

Метаболический синдром – очень частое клиническое проявление, в среднем он встречается у каждого пятого среди взрослого населения развитых стран (8,10). Больные с метаболическим синдромом, как правило, обращаются за медицинской помощью по поводу артериальной гипертонии, сахарного диабета 2 типа или ишемической болезни сердца. Проспективные эпидемиологические исследования показали, что при метаболическом синдроме увеличивается риск развития коронарного атеросклероза и повышается смертность от него (4,9,11). В связи с этим разработка методов патогенетической терапии больных с (МС) остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Приоритетное место в лечении метаболического синдрома в настоящее время занимает гипотензивная терапия, которая предусматривает использование препаратов воздействующих на различные звенья патогенеза артериальной гипертонии. В последнее время для успешного лечения больных артериальной гипертонией широко применяются комбинированные гипотензивные препараты. Одним из них является Амлипин, в состав которого входит антагонист кальция амлодипин 5 мг и ингибитор ангиотензин превращающего фермента лизиноприл в дозе 5 мг. Существующие в литературе сведения указывают на положительное влияние этих препаратов у больных с сердечно-сосудистой патологией на параметры центральной гемодинамики. липидный спектр(1,2,3), однако вопросы связанные с влиянием их на реологических свойств крови остаются малоизученными. Вместе с тем, исследование закономерностей в этой области позволят на наш взгляд более дифференцированно подойти к вопросу терапии метаболического синдрома, так как структурные и функциональные изменения, возникающие на уровне микрососудов, могут влиять на гемодинамику в целом.

В связи с этим, **целью** нашего исследования явилось изучение клинической эффективности применения Амлипина и его влияния на агрегацию эритроцитов у больных с метаболическим синдромом. У 25 женщин в возрасте 45-65 лет с метаболическим синдромом (МС) по методу Ашкинази, изучались агрегационные свойства эритроцитов до лечения, на 20-й день пребывания больных в стационаре. Диагноз метаболический синдром ставился на основании критериев: абдоминального ожирения (размер пояса у мужчин 94 см, у женщин более 80 см) и наличия менее 4 факторов: а) Триглицериды >1,7 ммоль/л или специфическое лечение дислипидемии; б) ЛПВП ХС <1,03 у мужчин, у женщин <1,29 ммоль/л или специфическое лечение; в) САТ > 130 мм.рт.ст., ДАТ > 85 мм.рт.ст или антигипертензивное лечение; г) глюкоза натощак в венозной плазме крови >5,6 ммоль/л или ранее выявленный СД 2-го типа. Следует отметить, что в обследуемую группу входили пациенты с диагнозом ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, с абдоминальным типом ожирения. У всех исследуемых больных до начала лечения наблюдались повышенные цифры АД что соответствовало в среднем 175/85 мм.рт.ст. В качестве гипотензивной терапии в зависимости от уровня АД, больные получали Амлипина 1/2 или 1 таблетка под

контролем артериального давления (АД). Наблюдение проводилось 20 дней. При анализе данных агрегационных свойств эритроцитов до лечения агрегация III-IV степени была у 2 больных, III степени у 19 и I-II степени у 4-х обследованных лиц, что составило 8%, 76% и 16% случаев соответственно. При обследовании больных на 20-й день лечения положительная динамика наблюдалась только в показателях агрегации эритроцитов (в 16% случаев), в то время как в анализах липидного спектра существенных изменений нами не отмечено. Контроль уровня АД показал стабильное снижение его уже на 3-й день пребывания больных в стационаре в 70% случаев, а на 20-й день практически у всех больных отмечались нормальные показатели. Уменьшение агрегации эритроцитов в наших исследованиях обусловлено, по-видимому, механизмом действия ингибиторов АПФ и антагонистов кальция на сосудистое русло. По данным иммуногистохимии основная часть АПФ находится непосредственно на мембране эндотелиальных клеток выстилающие сосудистое русло и является основным регулятором гемоваскулярного гомеостаза. Эндотелий секретирует химические факторы, которые влияют на сократимость гладкомышечных сосудистых клеток, проницаемость тканей, текучесть крови и межклеточное взаимодействие. (5,6,7) Таким образом, проведенное нами исследование показало эффективность и безопасность препарата фиксированной комбинации амлодипина+лизиноприла (Амлипин) для лечения артериальной гипертонии у больных МС. Использование амлипина у больных с МС ведет к снижению степени агрегации эритроцитов, что указывает на улучшение реологических свойств крови, а способ определения агрегации эритроцитов по И.Я. Ашкинази, в виду его доступности, может быть использован для определения эффективности лечения больных с МС.

Литература:

1. Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю., Константинова Е.В., Пожарская Н.И., Лазуткина В.К., Беленков Ю.Н. Эффективность и безопасность эналаприла в лечении больных с умеренной сердечной недостаточностью. Кардиология, 1999, №1, с 38-42
2. Агеев Ф.Т., Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения //МРЖ. 2000 №15-16 С 622-626
3. Гургенян С.В., Адальян К.Г., и др. Регрессия гипертрофии левого желудочка под влиянием эналаприла у больных гипертонической болезнью.
4. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Особенности суточного профиля артериального давления у больных гипертонической болезнью с метаболическими нарушениями. Клиническая фармакология и терапия 1995; 4(3): 50-1.
5. Сотникова Т.И., Федорова Т.А. и др. Эффективность тензиона в лечении больного с хронической сердечной недостаточностью. «Человек и лекарство» Москва 1998, с 201

6 Федорова Т.Н., Сотникова Т.К., Рыбакова М.К. и др. Клинико-гемодинамические и гемореологические эффекты капторила при сердечной недостаточности. Кардиология. 1998, 38,5, с 49-53

7 Чернов Ю.Н., Батищева Г.А., Чернов С.Ю. Ингибиторы АПФ: особенности клинического применения. В мире лекарств 1999, №1 с 18-22

8 Daskalopoulou S.S., Mikhailidis D.P., Elisaf M. Prevention and treatment of the metabolic syndrome. Angiology 2004; 55 (6): 3145-52.

9 Kereciakes D.J., Willerson J.T. Metabolic syndrome epidemic. Circulation 2003; 108: 1552-3.

10 The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. (<http://www.idf.org>)

11 Zimmet P., Shaw J., Alberti G. Preventing type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view. // Diabetic medicine 2003; 20(9): 693-702.

УДК 616.329-002

ГАСТРО-ЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

¹Г.С. Бекбаева, ²Г.Ж. Нурмуханбетова

Врачебная амбулатория «Малайсары»¹, Врачебная амбулатория «Жумыскер»² Майского района

Резюме

Гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является распространенным заболеванием пищевода. Симптомы ГЭРБ очень вариабельны. Тем не менее, среди них можно отчетливо выделить изжогу, кислотную регургитацию и дисфагию. Анамнез, 24-часовой рН-мониторинг и визуальные методы исследования пищевода являются основой для верификации диагноза ГЭРБ. Лечение ГРБ включает в себя изменение образа жизни и медикаментозное.

Тұжырым

ОТБАСЫЛЫҚ ДӘРІГЕР ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬДЫҚ РЕФЛЮКС

Г.С. Бекбаева, Г.Ж. Нурмуханбетова

Гастроэзофагальдық рефлюкстық ауру (ГЭРА) кең тараған өңеш ауруы болып табылады. ГЭРА белгілері өзгермелі болғанымен, ерекше атап көрсететін айгіленімдері қыжылдату, қышқыл регургитация және дисфагия. Анамнез, 24-сағаттық рН-мониторлау және өңештің визуальдық тексерулері диагнозды нақтылай түсуге негізгі деректер болады. ГЭРА емдеуінде өмірсүру жағдайларын өзгерту және дәрілік заттар қолданылады.

Summary

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASES IN PRACTICE OF FAMILY PHYSICIAN

G.S. Bekbayeva, G.Zh. Nurmukhanbetova

Gastro-esophageal reflux disease (GERD) is the common esophageal disorder. GERD symptoms are markedly variable. Still, the most frequent symptoms are heartburn, acid regurgitation and dysphagia. Clinical history, 24-hour pH-monitoring studies and upper GI tract imaging are the basis for diagnosing GERD. Management of GERD includes lifestyle modification and acid suppressive therapy.

Гастро-эзофагальный рефлюксная болезнь (ГЭРБ) определяется как любой из симптомов, являющихся проявлением поражения пищевода в результате обратного заброса желудочного содержимого в пищевод. Это – наиболее распространенное поражение пищевода. По статистике, более 30% людей испытывают, по крайней мере, ежемесячно эпизоды изжоги. ГЭРБ также является наиболее частой причиной синдрома боли в грудной клетке некоронарогенной природы.

Что является основой в патогенезе ГЭРБ?

Здесь играют роль три основных механизма: 1. Преходящее расслабление нижнего эзофагального сфинктера, что является физиологической реакцией на растяжение желудка воздухом или пищей (клинически проявляется отрыжкой). 2. Грыжа пищевода (hiatus hernia) – наиболее распространенный анатомический дефект пищеводно-желудочного соединения. 3. Снижение тонуса (гипотензия) нижнего пищеводного сфинктера, что, как правило, не является самостоятельной причиной ГЭРБ, но вероятно сопровождается другими механизмами формирования заболевания.

Каковы клинические симптомы ГЭРБ?

Симптоматика отличается большой вариабельностью. Тем не менее, наиболее частыми являются изжога, кислотный заброс и дисфагия. Специфичность комбинации изжоги и кислотного рефлюкса составляет 90%. Общие неззофагальные симптомы включают в себя: фарингиты/ларингиты, осиплость голоса, астма и хронический кашель. Заболевания, которые имеют схожую симптоматику с ГЭРБ: моторные нарушения пищевода, язвенная болезнь желудка, инфекционные эзофагиты. При оценке клинической симптоматики большое значение имеет дифференциальная диагностика с потенциально опасными заболеваниями сердца и легких.

Как верифицировать диагноз ГЭРБ?

Общепринятый стандарт диагностики составляет правильная интерпретация клинических симптомов, ЭФГДС или эзофагоскопия с барием и 24-часовая амбулаторная рН-метрия. При исключениях, опасных для жизни состояний, представляется целесообразным предположить ГЭРБ у больного с характерными симптомами, которые эффективно контролируются антирефлюксной терапией. ЭФГДС имеет ограниченную чувствительность, но позволяет оценить объем слизистого повреждения и взять биопсию на гистологическое ис-

следование. Амбулаторное рН-мониторирование (в комбинации с ведением дневника по регистрации симптомов) особенно полезно для клинической оценки больных, которые не отвечают на типичную терапию и имеют минимальные изменения при проведении других методов обследования.

Как лечить больных ГЭРБ?

Лечение должно быть организовано по принципу «от простого к сложному».

1. Изменение образа жизни применимо ко всем категориям больных. Избегать: больших порций, приема пищи позднее, чем за 2-3 часа до сна, употребления продуктов и напитков, которые могут снижать давление нижнего пищеводного сфинктера, ношения тесной одежды. Снизить вес и сделать выше головной конец кровати.

2. Подавление кислотности. Стандартом медикаментозной терапии являются антагонисты H₂-рецепторов и ингибиторы протонной помпы. Последние рассматриваются как более эффективные в сравнении с антагонистами H₂-рецепторов. Более легкие степени проявления клинических симптомов ведутся на монотерапии одного из препаратов. Средней и тяжелой степени тяжести ГЭРБ требует назначения обоих препаратов. Продолжительность лечения не менее 6-8 недель. Часто требуется более длительный прием препаратов до полного разрешения симптомов.

3. Прокинетики. Эти препараты ускоряют эвакуацию пищи из желудка и повышают давление нижнего

эзофагального сфинктера. Метоклопрамид (5-20 мг внутрь на ночь или перед едой) может улучшить симптоматику. Неблагоприятными проявлениями метоклопрамида являются тахифилаксия и побочные эффекты со стороны ЦНС (головокружение, психиатрические симптомы и экстрапирамидальные нарушения). Эти эффекты ограничивают возможность широкого применения препарата у больных ГЭРБ.

4. Антирефлюксная хирургия проводится у больных с верифицированным диагнозом ГЭРБ, рефрактерных к медикаментозной терапии. В настоящее время предпочтение отдается лапароскопической фундопликации в сравнении с ранее стандартно проводившимися лапаротомическими хирургическими вмешательствами.

Литература:

1. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Щекина М.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь М. Журнал «Лечащий Врач», № 04, 2004.

2. Рапопорт С.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. (Пособие для врачей). — М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М». — 2009. — 12 с. ISBN 978-5-98803-157-4.

3. Бордин Д.С. Безопасность лечения как критерий выбора ингибитора протонной помпы больному гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Consilium Medicum. — 2010. — Том 12. — № 8.

4. The Washington Manual of Ambulatory Therapeutics, editors: Tammy L. Lin, Scott W. Rypkema.

УДК 616.155.1-008.9

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ИЛИ СИНДРОМ X. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ

¹Р.М. Жумамбаева, ²К.А. Тулеуов, ³И.А. Избасарова, ⁴С.К. Зияданова

Государственный медицинский университет города Семей^{1,3}
Поликлиника «Хаким»², Медицинское объединение №1, с. Самарка⁴

ТҰжырым

МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМ, НЕМЕСЕ СИНДРОМ X. ПАТОГЕНЕЗІ ЖАЙЛЫ ҚАЗІРГІ КӨЗҚАРАС

Р.М. Жумамбаева, К.А. Тулеуов, И.А. Избасарова, С.К. Зияданова

Мақалада метаболизм синдромына қарасты әдебиеттердегі ақпараттарға шолу жасалған. Бұл дерттік жағдайдың пайда болу себептерімен патогенездік механизмдері қарастырылады, аурудың негізгі клиникалық белгілері және оның диагностикасында қолданылатын критерийлер жайлы айтылады.

Summary

METABOLIC SYNDROME, OR SYNDROME X. MODERN UNDERSTANDING ABOUT PATHOGENESIS

R.M. Zhumambayeva, K.A. Tyleyov, I.A. Izbasarova, S.K. Ziyadanova

Literary review of metabolic syndrome was considered in the article. The reason, pathogenesis, the clinical features, diagnostic guidelines of metabolic syndrome were exposed.

В последние десятилетия ученые и клиницисты стали комплексно рассматривать различные метаболические нарушения и заболевания, связанные с ожирением. В результате они пришли к выводу, что эти патологии имеют общие проявления, и объединили их под названием «метаболический синдром». Охарактеризовать его можно как набор изменений в организме, приводящих к глубокому нарушению обмена веществ. К метаболическому синдрому (понятие введено М. Hanefeld, 1991), олицетворяющему в настоящее время одну из наиболее приоритетных и социально значимых проблем медицины, приковано пристальное внимание

широкого круга специалистов всего мира. Это обусловлено в первую очередь высокой распространенностью данного синдрома. По данным статистики, синдромом X страдает около 20% лиц среднего и пожилого возраста. И их количество с каждым годом растет. в т. ч. и в Казахстане, приобретая характер эпидемии, достигает уровня 25–35 % и выше среди взрослого населения. Представление о метаболическом синдроме было в основном сформировано более 50 лет назад. Однако, в качестве своего рода точки отсчета современных научных представлений, принято в 1988 г., когда G.Reaven описал симптомокомплекс, включавший гиперинсули-

немию, нарушение толерантности к глюкозе, гипертриглицеридемию, низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности и артериальную гипертензию, под названием синдрома X. Более поздние работы G.Reaven и других исследователей показали и подтвердили тесную связь абдоминального ожирения с инсулинорезистентностью, нарушениями регуляции углеводного обмена другими гормональными и метаболическими нарушениями (в частности, гиперурикемией), которые в большинстве своём являются факторами риска развития сахарного диабета 2 типа и атеросклеротических и дисметаболических заболеваний [1,2,3,4]. Метаболический синдром, или синдром X, - своего рода расплата за нашу урбанизацию: гиподинамию, неправильное питание и малоподвижный образ жизни, который в дальнейшем может обернуться серьезными проблемами для здоровья. Согласно критериям, разработанным в 2001 году комитетом экспертов Национальной образовательной программы по холестерину (NCEP ATP III), МС диагностируется, если у пациента обнаруживается три и более из следующих признаков [7]:

- абдоминальное ожирение: окружность талии (ОТ) более 102 см у мужчин и более 88 у женщин;
- уровень триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л (≥ 150 мг/дл);
- ХС ЛПВП < 1 ммоль/л (< 40 мг/дл) у мужчин; $< 1,3$ ммоль/л (< 50 мг/дл) у женщин;
- артериальная гипертензия (АД $\geq 130/85$ мм рт.ст.) или лечение ранее диагностированной АГ;
- показатель глюкозы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л (≥ 110 мг/дл) или ранее диагностированный сахарный диабет 2 типа (СД2).

Новая редакция определения критериев МС была представлена в 2005 году на I Международном конгрессе по предиабету и метаболическому синдрому [8]. Принципиально новой позицией было утверждение абдоминального ожирения, как основного критерия диагностики МС с ужесточением ряда параметров: окружность талии ≥ 94 см для мужчин, ≥ 80 см для женщин; ХС ЛПВП $< 1,03$ ммоль/л (40 мг/дл) для мужчин, $< 1,29$ ммоль/л (50 мг/дл) для женщин; показатель глюкозы натощак $\geq 5,6$ ммоль/л (100 мг/дл) или ранее диагностированный (СД 2 типа). Пусковым моментом в патогенезе МС является инсулинорезистентность тканей (ИР), т.е. снижение чувствительности клеток-мишеней к действию инсулина.

В развитии ИР имеют значение как фактор генетической предрасположенности (нарушение рецепторных и пострецепторных механизмов передачи сигнала инсулина), так и определенные особенности образа жизни: избыточное питание, снижение физической активности, что приводит к нарушению усвоения глюкозы инсулинзависимыми тканями (печенью, мышцами и жировой тканью) и создаются предпосылки к развитию гипергликемии. Однако благодаря компенсаторному увеличению секреции инсулина β -клетками поджелудочной железы концентрация глюкозы в сыворотке крови в течение длительного времени может оставаться нормальной. Таким образом, гиперинсулинемия (ГИ) является наиболее ранним и постоянным маркером ИР. Проспективные эпидемиологические исследования показали, что ГИ увеличивает риск развития ангиографически подтвержденного коронарного атеросклероза и коррелирует с повышенной смертностью от него. Одномо-

ментное исследование (Atherosclerosis Risk in Communities Study) подтвердило взаимосвязь между уровнем инсулина натощак и степенью атеросклеротического поражения стенок артерий. Исследование японских ученых у больных с ангиографически подтвержденным коронарным атеросклерозом выявило существование тесной взаимосвязи между степенью резистентности к инсулину и выраженностью коронарного атеросклероза В Финляндии было проведено проспективное исследование при участии 1059 человек, страдающих СД 2 типа среднего возраста, где было показано, что повышение триглицеридов $> 2,3$ ммоль/л и снижение ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л сопровождается двукратным увеличением риска развития и смертности в связи с ИБС независимо от других факторов риска.

Установлено, что ИР и компенсаторная ГИ затрагивают ряд механизмов регуляции АД. ГИ оказывает прогипертензивное действие через увеличение реабсорбции натрия и воды почками, стимуляцию центров симпатической нервной системы и активацию Na^+/H^+ -обмена в гладко-мышечных клетках сосудов, что способствует накоплению в них ионов Na^+ и Ca^{2+} и повышению чувствительности к прессорным влияниям катехоламинов и ангиотензина II. Через локальную ренин-ангиотензиновую систему сосудов инсулин стимулирует рост и пролиферацию гладкомышечных клеток и способствует развитию процессов ремоделирования (гипертрофия мышечной оболочки сосудов, уменьшение внутреннего диаметра), что является фактором стабилизации повышенного уровня АД.

Кроме того, при ИР нарушаются синтез и секреция оксида азота (NO) сосудистой стенкой. Учитывая, что NO, помимо вазодилатирующего действия, обладает также антиатерогенными свойствами, нарушение этого механизма может способствовать развитию не только АГ, но и атеросклероза. (4,5,6).

Литература:

1. Алмазов В.А., Благодонная Я.Б., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Роль абдоминального ожирения в патогенезе синдрома инсулинорезистентности. Терапевтический архив 1999;10:18–22.
2. Данилова Л.И., Мурашко Н.В. Метаболический синдром. – Минск: БелМАПО, 2004. – 12с19.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. Руководство для врачей. – М., 2003. – С. 151–175, 282–292.
4. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Особенности суточного профиля артериального давления у больных гипертонической болезнью с метаболическими нарушениями. Клиническая фармакология и терапия 1995;4(3):50–1. Литература.
5. Моисеев В.С., Ивлева А.Я., Кобалава Ж.Д. Гипертония, сахарный диабет, атеросклероз – клинические проявления метаболического синдрома X. Вестник Российской академии медицинских наук 1995;5:15–8.
6. Соколов Е.И. Метаболический синдром. – М.: ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2005. – 48с.
7. Kirpichnikov D., McFarlane S.I., Sowers J.R. Metformin. An Update. Ann Intern Med 2002; 137: 25–33.
8. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). NIH Publication 2001; 5. N 01–3670.

УДК 616-001.1+614.099.036.8

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНОГО ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА ПО СЕМЕЙСКОМУ РЕГИОНУ

Б.К. Касымов

Талдықорғанский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК, г. Талдықорған

Резюме

Проведен анализ смертельного дорожно-транспортного травматизма, с установлением социально-демографических и ряда судебно-медицинских показателей по Семейскому региону. Установлены социальные группы с наиболее высоким риском травматизации в дорожно-транспортных происшествиях – лица мужского пола, социально наиболее активного возраста, зачастую в состоянии алкогольного опьянения. На основании выявленных данных сделаны рекомендации по снижению уровня смертности при транспортной травме.

Тұжырым

СЕМЕЙ АЙМАҒЫ БОЙЫНША ЖОЛ-КӨЛІК ЖАРАҚАТЫНАН ҚАЙТЫС БОЛҒАНДАРҒА МЕДИКТИК - ЭЛЕУМЕТТИК ТАЛДАУ

Б.К. Касымов

Семей аймағы бойынша элеуметтік-демографиялық және сот-медициналық көрсеткіш бойынша, жол-көлік жарақатынан қайтыс болғандарға талдау жүргізілді. Жол-көлік оқиғасында көп қауіп-қатерлі жарақаттарға ұшыраған – қарқынды жас мәлшеріндегі, алкогольдік ішімдіктер қабылдаған ер адамдар. Осы мәліметтер негізінде көлік жарақатынан қайтыс болу деңгейін төмендетуге ұсыныстар жасалынды.

Summary

MEDICO-SOCIAL ANALYSIS OF THE MORTAL TRAFFIC ACCIDENT INJURY IN SEMEY REGION

B.K. Kassymov

Medico-social analysis of the mortal traffic accident injury, has been carried out with the determination of social-demographic and some forensic-medical evidences in Semei region. The social groups with higher risk of traumatism in the traffic accidents-males, social more active ages, frequently in the condition of alcoholic intoxication have been established. On the evidence of revealed findings recommendations on the decrease of the mortality level at traffic injury have been done.

Введение.

Современные социально-экономические условия на территории Республики Казахстан оказывают существенное влияние на формирование общественного здоровья и привели к существенному изменению структуры заболеваемости и смертности населения. В последние десятилетия резко возросло количество всех видов транспорта, что привело к значительному увеличению числа транспортных травм. В настоящее время на дорогах мира, согласно данным ВОЗ, в результате дорожно-транспортной травмы гибнет более 325000 человек. Аналогичная ситуация с дорожно-транспортным травматизмом складывается и в Республике Казахстан, несмотря на значительные усилия различных органов, данная проблема по своей важности и актуальности превратилась в общегосударственную.

Все вышеотмеченное предопределило актуальность настоящего исследования и послужило основанием для его проведения.

Целью данной работы явилось изучение эпидемиологии дорожно-транспортного травматизма, позволяющее разработать методологические подходы к совершенствованию системы экспертной оценки транспортной травмы, повышению эффективности лечебных и профилактических мероприятий.

Материалы и методы.

Проведен ретроспективный анализ заключений судебно-медицинской экспертизы трупов Семейского филиала РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК за 2009-2011гг., при этом использованы клинико-катамнестический и математико-статистический методы.

Результаты исследования и обсуждение.

В ходе исследования за 2009г. выявлено 111 случаев смертельной транспортной травмы, за 2010г. – 92, за 2011г. – 101 случай. Данные цифры свидетельствуют об относительной стабильности смертельного дорожно-транспортного травматизма по Семейскому региону.

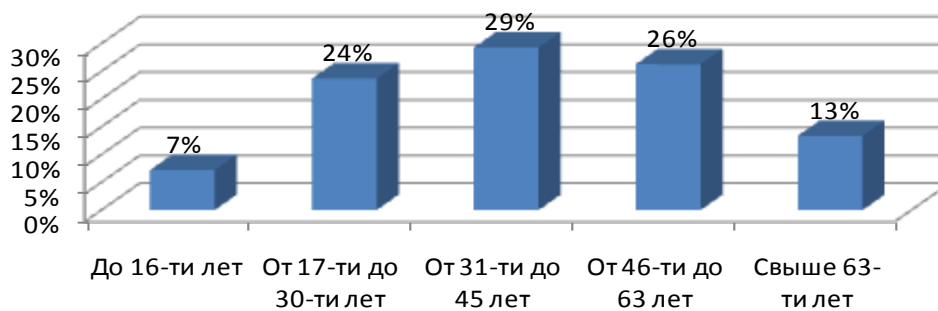
Транспортный травматизм по Семейскому региону по отношению ко всей насильственной смерти за вышеуказанные три года составил – 16,0%, а по отношению к летальности от механических повреждений – 42,8%.

Из общего числа лиц, погибших при дорожно-транспортных происшествиях, на автомобильный травматизм приходится 91,8%, рельсовый – 5,3%, тракторный – 2,0%, на мотоциклетный, велосипедный, гужевой – по 0,3%.

Анализ сезонности смертельного дорожно-транспортного травматизма выявил следующее: наибольшее количество дорожно-транспортных происшествий с человеческими жертвами отмечено в летний период и составило 35,9%, в весенний – 25,3%, в осенний и зимний по 21,4% и 17,4% соответственно. Что, по всей видимости, связано с большей активностью как пешеходов в теплое время года, так и большей интенсивностью дорожного движения в летний период. Неравномерно распределяется смертельный дорожно-транспортный травматизм и по дням недели: наиболее высок он в пятницу (16,5%), субботу (15,5%). Изучая особенности смертельного травматизма в течение суток, удалось установить, что наибольшее число жертв приходится на период с 16 до 20 часов, т. е. к концу рабочего дня, когда резко увеличивается на улицах и дорогах количество пешеходов, а утомляемость водителей к этому времени повышается.

Всего за 2009-2011 годы в результате дорожно-транспортных происшествий погибло 304 человека, из них подавляющее большинство мужчин — 73,3% (223), соответственно 26,7% (81) женщин. По возрастным категориям смертельный дорожно-транспортный травматизм распределился следующим образом: до 16 лет погибло 22 человека (7,2%), от 17 до 30 лет – 72 человека (23,7%), от 31 до 45 лет – 89 человек (29,3%), от 46 до 63 лет – 80 человек (26,3%) и свыше 63 лет – 41 человек (13,4%).

Изображение №1. Возрастная структура транспортного травматизма.



Таким образом, цифровые показатели подтверждают литературные данные о том, что в результате дорожно-транспортного травматизма наиболее часто погибает самая активная и работоспособная часть населения.

Исследование детской смертности выявило, что дети в возрасте до 14-ти лет, за 2009-2011г. погибли лишь при автомобильном виде дорожно-транспортного травматизма, так же установлено, что наиболее часто гибнут мальчики - 70,6% (12). Это связано, по всей вероятности, с большей, по сравнению с девочками, двигательной активностью и психоэмоциональными особенностями мальчиков.

Основными видами дорожно-транспортных происшествий, приводящих к человеческим жертвам, являются столкновения движущихся транспортных средств с пешеходами и столкновения транспортных средств между собой и с другими преградами, при которых получают повреждения водители и пассажиры. В последние годы из-за насыщенности городской черты транспортными средствами изменилась структура транспортного травматизма: значительно возросла травма водителей и пассажиров, при этом на прежнем уровне сохраняется травматизм пешеходов в результате их столкновения с транспортом.

Изучение заключений судебно-медицинской экспертизы трупов лиц погибших при дорожно-транспортных происшествиях, показывает, что наиболее часто человеческие жертвы отмечаются при столкновениях транспортных средств с пешеходами (34,9%), в 10,5% - опрокидывания транспортных средств, в 8,6% - наезды на препятствия, и в 3,9% - полные переезды транспортных средств, в том числе железно-дорожных, через тело человека, в остальных 1,6% (5 случаев) - в результате выпадения из транспортного средства, в результате придавливания человека между транспортным средством и другими преградами, комбинированные виды травмы.

Из общего количества умерших на долю пассажиров приходится наиболее высокий удельный вес – 42,8%, на долю пешеходов – 39,1%, на долю водителей – 18,1%.

Особое место занимают происшествия с участниками дорожного движения, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, которое выявлено у 78 погибших в ДТП лиц, из них у 34,6% водителей транспортных средств, у 28,2% пассажиров и 37,2% пешеходов; таким образом, 25,7% смертельно травмированных участников дорожно-транспортных происшествий находились в состоянии алкогольного опьянения.

Диаграмма 2. Наличие этилового алкоголя в крови погибших



Анализ локализации телесных повреждений на различных частях тела у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях свидетельствует о наличии значительной связи локализации телесных повреждений с видом и характером дорожно-транспортной травмы. При анализе локализации и характера повреждений при ДТП выявлено, что повреждения головы и нижних конечностей являются самыми распространенными и чаще всего сочетаются с повреждениями другой локализации. Отличительной особенностью смертельной дорожно-транспортной травмы является локализация телесных повреждений на всех анатомических частях – голове

35,3%, нижних конечностях – 32,6% туловища - 25,4%, на верхних конечностях - 4,2%, на шее - 2,5%.

На месте ДТП и до поступления в лечебные учреждения погибают 73,2% от общего числа смертельно травмированных лиц, в лечебных учреждениях 26,1%, в двух случаях отмечены казуистические случаи, когда потерпевшие в дорожно-транспортном происшествии на месте не предъявляли каких-либо жалоб, от получения медицинской помощи отказывались, и смерть их наступала в домашних условиях вследствие осложнений черепно-мозговой травмы.

Основными причинами смерти на месте ДТП являются травматический шок в комбинации с острой кровопотерей - 48,2%, разрушение вещества головного мозга и тяжелая черепно-мозговая травма с кровоизлиянием в вещество головного мозга и под его оболочки - 46,6%. В остальных случаях смерть пострадавших наступала в результате ушиба сердца, кровотечений вследствие повреждений магистральных сосудов и пр. В случаях смерти в поздние сроки после ДТП на первый план выходят осложнения, чаще всего гнойно-септического характера (пневмонии, менингиты и пр.).

Выводы.

1. Дорожно-транспортный травматизм в современных социально-экономических условиях имеет стабильные показатели без тенденции к снижению, а по ряду критериев с тенденцией роста.

2. Анализ социально-демографической структуры потерпевших в ДТП свидетельствует о высокой травматизации и летальности, наиболее социально активной части населения. Среди погибших при дорожно-транспортных происшествиях значительный удельный вес занимают лица в состоянии алкогольного опьянения.

3. Характер травматизма при дорожно-транспортных происшествиях требует быстроты и высокого уровня оказания медицинской помощи, с целью сохранения жизни пострадавших в них лиц.

4. Для выработки у населения потребности в безопасном поведении, безопасном дорожном движении и

противотравматической настороженности необходимо широко использовать возможности средств массовой информации (телевидение, радио, газеты, журналы, интернет), совершенствовать санитарно-просветительную работу среди населения по оказанию первой медицинской помощи пострадавшим.

Литература:

1. Томилин В.В., Пашинян Г.А. Руководство по судебной медицине. М.: Москва - 2001г. – 576с.
2. Крюков В.Н., Саркисян Б.А., Янковский В.Э. Диагностикум причин смерти при механических повреждениях. Том 7: Причины смерти при механических повреждениях. Новосибирск: Наука - 2003г. – 131с.
3. Матышев А.А. Распознавание основных видов автомобильной травмы. Л.: Медицина - 1969г. – 127с.
4. Солохин А.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы. М.: Медицина – 1968г. – 236с.
5. Новоселов А.С. Судебно-медицинская оценка морфологических особенностей повреждений для диагностики водителя и пассажира переднего сидения при фронтальных столкновениях автомобиля. Автореф. дис.канд.мед.наук. Москва – 2010г. – 29с.
6. Кулеша Н.В. Медико-социальная и экспертная оценка дорожно-транспортного травматизма в современных условиях. Автореф. дис.канд.мед.наук. Хабаровск - 2006. – 19с.

УДК 61:67.99(1)

О ЗАТРАТАХ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗ В ОТДЕЛЕ ЖИВЫХ ЛИЦ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОМ ФИЛИАЛЕ «ЦСМ» МЗ РК

Т.Д. Байбулатов¹, К.С. Ожаров¹, Ш.Е. Садвокасова¹, М.М. Байсадыков², Б.К. Касымов³

*Восточно-Казахстанский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Усть-Каменогорск,¹
Алматинский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Алматы²*

³Талдыкорганский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Талдыкорган³

Резюме

Ежегодно в Восточно-Казахстанском филиале ЦСМ МЗ РК в отделе живых лиц производится более 9000 тысяч экспертиз. Нагрузка на экспертов превышает нормативную. С целью оптимизации рабочего процесса был произведен расчет затрат рабочего времени на проведение экспертиз в отделе живых лиц.

Тұжырым

**ҚР ДСМ «СОТ МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ» ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ФИЛИАЛЫ ФИЛИАЛЫНДА ТІРІ ТҰЛҒАЛАР
БӨЛІМІНДЕГІ ЖҰМЫС УАҚЫТЫНЫҢ ШЫҒЫНЫН МЕН САРАПТАМАНЫ ӨТКІЗУ БАЙЫНША ЗЕРТТЕУ ЖҮРГІЗУ**
Т.Д. Байбулатов, К.С. Ожаров, Ш.Е. Садвокасова, М.М. Байсадыков, Б.К. Касымов

Жыл сайын сот-медицина орталығының ДМ ҚР Шығыс-Қазақстан филиалында 9000-нан астам тірі тұлғалар бойынша сараптамалар жүргізіледі. Сарапшыларға жұмыс тығыздылығы мөлшерліктен асып түседі. Жұмыс үрдісін белсендіру мақсатында жұмыс уақытының және тірі тұлғалар бөлімінде сараптамаларды жүргізуге шығынын зерттеу жүргізілді.

Summary

**RESEARCH OF EXPENSES WORKING HOURS OF CARRYING OUT EXAMINATION PEOPLE
IN THE LIVE PERSONS DEPARTMENT AT THE EAST-KAZAKHSTAN BRANCH OF CFM OF MH RK**

T.D. Baybulatov, K.S. Ozharov, Sh.E. Sadvokasova, M.M. Baysadykov, B.K. Kasymov

Every year more than 9000 forensic examinations have been made in the live persons department at the East-Kazakhstan Branch of CFM of MH RK. Working loading on forensic experts exceeds norm. For the purpose of working process optimization calculation of expenses of the working time has been made.

Ежегодно в Восточно-Казахстанском филиале ЦСМ МЗ РК в отделе живых лиц производится более 9000 тысяч экспертиз (из них более 4000 тысяч по городу Усть-Каменогорску) в строгом соответствии с законодательством РК на основании постановлений правоохрани-

тельных органов и определений судов. Основными видами экспертизы живых лиц являются: экспертиза определения тяжести вреда здоровью, экспертиза при половых преступлениях и состояниях, другие виды экс-

пертиз, с применением специальных познаний в области судебной медицины.

В отделе экспертизы живых лиц Восточно-Казахстанского филиала в настоящее время работает 3 врачей судебно-медицинских экспертов, включая заведующего. Учитывая, что в своей работе эксперты данного подразделения взаимодействуют с сотрудниками других отделов и отделений филиала ЦСМ, а также с другими ведомствами и учреждениями, оказывают консультативную помощь, как сотрудникам правоохранительных органов, так и экспертам других отделений бюро, нагрузка на экспертов существенно превышает нормативную.

С целью оптимизации рабочего процесса нами было проведено исследование затрат рабочего времени при проведении экспертиз в отделе живых лиц в ВКФ ЦСМ МЗ РК.

Для выполнения этой задачи было проведено наблюдение за рабочим процессом с регистрацией полученных данных в специально разработанных нами хронометражных картах, учитывающих специфику деятельности судебно-медицинских экспертов отдела экспертизы живых лиц ВКФ ЦСМ МЗ РК. В картах отражались все виды трудовых операций, выполняемых врачами судебно-медицинскими экспертами данного подразделения.

Таблица 1. Распределение затрат рабочего времени экспертов (в %) по видам деятельности.

Виды деятельности экспертов	Время, зат. в %
I. Основной вид деятельности:	82 в т.ч.
1. Изучение обстоятельств дела	2
2. Анализ мед. документов, материалов дела при их наличии	26
3. Прием потерпевшего, подозреваемого или обвиняемого	10
4. Консультация с узкими специалистами	12
5. Работа с лаборантом	6
6. Запрос материалов уголовного дела	4
7. Оформление заключения на компьютере	33
8. Проверка зав.отделением	7
II. Дополнительный вид деятельности:	14 в т.ч.
1. Работа с регистратором	10
2. Консультация с коллегами	38
3. Работа со следователем	49
4. Уборка рабочего места	3
III. Лично необходимое (непроизводительное) время	4

На начальном этапе исследования трудовой деятельности судебно-медицинских экспертов, работающих в отделе экспертизы живых лиц были выделены три вида деятельности: основной вид деятельности, дополнительный и непроизводительное - лично необходимое время. Подробное распределение затрат рабочего времени экспертов по видам деятельности представлено в таблице 1.

Основной вид деятельности включает в себя: прием потерпевших, обвиняемых и подозреваемых, их опрос и осмотр, работу на компьютере, работу с лаборантом, работу с предоставленными документами.

Анализируя полученные и обработанные нами данные, следует, что на основной вид деятельности врач судебно-медицинский эксперт тратит 82%. В это время входит: изучение обстоятельств дела - 2%; прием потерпевшего, обвиняемого или подозреваемого, включая как их опрос, так и осмотр, что составило 10%; работа с лаборантом - 6% от общего количества рабочего времени; запрос материалов уголовного дела - 4%. Большую часть рабочего времени эксперты судебно-медицинской амбулатории тратят на оформление заключения - 33%, затем следуют затраты времени на анализ медицинских документов - 26% и консультацию с узкими специалистами - 12%. Дополнительный вид деятельности, который обеспечивает наиболее качественное исполнение основной работы, составил 14% рабочего времени, непроизводительное время составило 4%.

Таким образом, выполнение непосредственно экспертизы потерпевших, обвиняемых и подозреваемых, занимает около 95% рабочего времени судебно-медицинских экспертов, что свидетельствует о высокой интенсивности их труда.

Затем нами были проведены исследования по затратам рабочего времени врачей-экспертов данного подразделения при проведении различных видов экспертиз. Для определения затрат рабочего времени на одну эксперти-

зу, нами были разработаны соответствующие хронометражные карты, в которых фиксировалось время, затрачиваемое на каждую операцию от изучения обстоятельств дела до распечатки заключения. Мы фиксировали время, затрачиваемое непосредственно на проведение экспертизы, исключив из него непроизводительное время и время на дополнительный вид деятельности. Всего было прохронометрировано по 70 экспертиз каждого вида.

Определив фактическое время, затрачиваемое на проведение одной операции, по данным хронометражных карт составлялись хронологические ряды каждого элемента операции. Затем, средняя (нормативная) продолжительность выполнения каждой операции, выводилась из хронологического ряда, определялась по формуле $X = \Sigma X / n$ (где X – средняя продолжительность выполнения данного элемента экспертизы объекта, ΣX – сумма всех величин продолжительности выполнения элементов для данного хронометражного ряда, n – число наблюдений).

В последующем по каждому виду экспертиз определялась среднее время, затрачиваемое экспертом на проведение одной экспертизы, и вычислялось количество экспертиз, которые мог обследовать эксперт в течение рабочего дня по формуле $K_{об.} = (T_{см} - T_{д} - T_{лн}) / T_{ср.об.}$ (где: $T_{д}$ - время, затрачиваемое на дополнительный вид деятельности, мин.; $T_{лн}$ - лично необходимое время, мин.)

При производстве перерасчета нормативной, профессиональной нагрузки на один год, продолжительность которого с учетом отпуска (42 рабочих дня, не беря в расчет дополнительный экологический отпуск, действующий на территории ВКО – 10 дней), составила 209 рабочих дней.

В таблице 2 представлено среднее (исчисляемое в минутах, затраченное на одну экспертизу) распределение рабочего времени экспертов в зависимости от проводимой экспертизы.

Таблица 2. Среднее распределение затрат рабочего времени по основным видам экспертиз.

Основные виды экспертиз, проводимых в отделе экспертизы живых лиц	Время в минутах
1. Прием потерпевшего (1 категория сложности)	71
2. Прием в случаях половых преступлений (2 категория сложности)	127
3. Прием потерпевшего с осмотром в стационаре, с привлечением иных специалистов (3 категория сложности)	235

Наименьшее время эксперты тратят на экспертизу свидетелеваемого только с осмотром, либо в совокупности со сразу предоставляемыми медицинскими документами – 71 минуту (см. таблицу 3).

При продолжительности рабочего года 209дней с учетом лично необходимого времени и времени затрачиваемого на дополнительный вид деятельности экс-

перт может провести 1059,7 экспертиз, если он будет заниматься только этими экспертизами.

Продолжительность времени, затрачиваемое на прием и экспертизу при половом преступлении, составляет 127 минут (см. таблицу 4). Следовательно, за год эксперт может выполнить 592,4экспертиз, если он будет заниматься только этими исследованиями.

Таблица 3. Детальное распределение затрат рабочего времени по видам деятельности экспертов (1 категория сложности).

Вид деятельности эксперта	Время (в минутах) 71
1. Изучение обстоятельств дела	2
2. Прием потерпевшего, подозреваемого или обвиняемого	23
3. Работа с лаборантом	3
4. Оформление заключения на компьютере	28
5. Проверка зав. отделением	7
6. Работа с регистратором	2
7. Консультация с коллегами	3
8. Работа со следователем	2
9. Уборка рабочего места	1

Таблица 4. Детальное распределение затрат рабочего времени по видам деятельности экспертов (2 категория сложности).

Вид деятельности эксперта	Время (в минутах) 127
1. Ознакомление, распределение и анализ документов (зав. отделом).	10
2. Изучение обстоятельств дела	5
3. Анализ медицинских, документов, материалов дела	7
4. Прием потерпевшей, потерпевшего в случаях половых преступлений, прием подозреваемого или обвиняемого в половом преступлении	30
5. Консультация с узкими специалистами	5
6. Работа с лаборантом	5
7. Запрос материалов уголовного дела, составление ходатайства, отношений, переписка с лечебными учреждениями	7
8. Оформление заключения на компьютере	35
9. Проверка зав.отделением	10
10. Работа с регистратором	2
11. Консультация с коллегами	5
12. Работа со следователем	4
13. Уборка рабочего места.	2

В результате наших исследований выявлено, что в среднем на проведение одной экспертизы, от изучения обстоятельств дела до распечатки заключения при экспертизе потерпевших с осмотром в стационаре, с изучением медицинских документов с привлечением узких

специалистов уходит 235 минут (см. таблицу 5), за год эксперт может провести 320,2 таких экспертиз, с учетом времени необходимого на дополнительный вид деятельности и непроизводственное время, если будет проводить только эти исследования.

Таблица 5. Детальное распределение затрат рабочего времени по видам деятельности экспертов (3 категория сложности).

Вид деятельности эксперта	Время (в минутах) 235
1. Изучение обстоятельств дела	17
2. Анализ медицинских, документов, материалов дела.	36
3. Прием потерпевшего, подозреваемого или обвиняемого	25
4. Консультация с узкими специалистами,	38
5. Работа с лаборантом	11
6. Запрос материалов уголовного дела, составление ходатайства, отношений, переписка с лечебными учреждениями.	20
7. Оформление заключения на компьютере	55
8. Проверка зав. отделением	15
9. Работа с регистратором	3
10. Консультация с коллегами	8
11. Работа со следователем	5
12. Уборка рабочего места	2

Следует отметить, что такие цифры были получены при условии, что нами не учитывались многие временные параметры, которые могут быть затрачены врачом судебно-медицинским экспертом: - на проведение дополнительных экспертиз; на проведение консультаций, допрос эксперта на рабочем месте и т.п.

Выводы:

1. Учитывая результаты нашего анализа можно прийти к заключению: в отделе экспертизы живых лиц на основной вид экспертной деятельности судебно-медицинские эксперты тратили 82% всего рабочего

времени, на дополнительный вид - 14% и на непроизводственный - 4%.

2. На проведение экспертизы 1 уровня сложности эксперту необходимо в среднем затратить 71 минуту, 2 категории – 127 минут, 3 категории сложности – 235 минут.

3. Учитывая структуру работы филиала 1 эксперт за год может в среднем произвести 1059,7 экспертизы 1 уровня сложности, 592,4 2 уровня сложности или 320,2 экспертиз 3 уровня сложности.

УДК 615.099:340.6

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЯ НА ГАЗОВОМ ХРОМАТОГРАФЕ «КРИСТАЛЛЮКС-4000М»

К.М.Сейтахметов¹, А.К. Мухаметкалиева¹, М.К. Камелова¹, М.М. Байсадыков², Б.К. Касымов³

¹Восточно-Казахстанский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Усть-Каменогорск,
Алматинский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Алматы²

³Талдыкорганский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Талдыкорган

Резюме

Показано успешное применение газового хроматографа «Кристаллюкс-4000М» на капиллярной колонке с целью определения этиленгликоля.

Тұжырым

ЭТИЛЕНГЛИКОЛЬДИ «КРИСТАЛЛЮКС-4000М» ГАЗ ХРОМАТОГРАФЫНДА АНЫҚТАУ

Қыптамыр колонкасында этиленгликольді анықтау үшін «Кристаллюкс-4000М» газ хроматографының нәтижелі қолданылуы көрсетілген.

Summary

DEFINATION ETHYLENEGLUCOLA THE GAS AT HROMOTAGRAFE «КРИСТАЛЛЮКС-4000М»

Demonstrated the success I application of the gas at hromotagrafe «Кристаллюкс-4000М» kopylyarnoy column defination ethyleneglucola.

Этиленгликоль (антифриз, гидротормозная жидкость), гликоль, двухатомный спирт жирного ряда. Бесцветная, сиропобразная, сладковатая на вкус жидкость, не имеющая запаха. Относительная плотность 1,1130. Температура кипения (197,6°C). Хорошо смешивается во всех отношениях с водой, этанолом и ацетоном. Плохо растворяется в жирах и эфире. По характеру воздействия на организм этиленгликоль является нервно-сосудистым и протоплазматическим ядом, в связи, с чем выделяют две фазы действия на организм. В первые часы после отравления в крови циркулирует неизменная молекула этиленгликоля, что обуславливает его наркотический эффект как двухатомного спирта. Вторая фаза характеризуется превращением этиленгликоля в гликолевый альдегид, гликолевую, а затем в щавелевую кислоту. Отравление этиленгликолем и содержащими его жидкостями относятся к числу часто встречающихся в судебно-медицинской практике. В большинстве случаев эти жидкости принимают внутрь вместо алкогольного напитка. [1]

Физико-химические свойства технических жидкостей, прежде всего летучесть самих и их производных, делают возможным и наиболее приемлемым применение газожидкостной хроматографии с целью обнаружения, идентификации этого класса токсичных веществ в биологических жидкостях. [2]

При необходимости проведения химико-токсикологического исследования на этиленгликоль возникают определенные аналитические трудности, связанные со свойствами данного соединения. Обладающая высокой температурой кипения и являясь высоко по-

лярным соединением, этиленгликоль не может быть извлечен из биологических объектов по общепринятым методикам изолирования летучих и нелетучих ядов, используемым в химико-токсикологическом анализе, так как практически не перегоняется с водяным паром и не экстрагируется несмешивающимися с водой органическими растворителями. Проведенными исследованиями установлено, что и оригинальные методики изолирования этиленгликоля, принятые в практике, обеспечивают невысокий процент его выхода (по методике Н.В.Лапкиной и А.В.Назаренко-4%, по методике Ф.Н.Кахановского и В.С.Бубона-20%). Обе методики приводят не к повышению концентрации этиленгликоля в отгоне (извлечении) по сравнению с исходной - в объектах исследования, а к ее снижению: перегонкой с бензолом - в 25раз, высаливанием - в 2 раза, что приводит к низкой чувствительности его последующего определения. Химические реакции идентификации этиленгликоля по продуктам его окисления не специфичны и утратили свое значение при анализе биологического материала. Определение этиленгликоля в отгоне, полученном по методике Н.В. Лапкиной и А.В. Назаренко - по реакции его окисления до щавелевой кислоты, вообще не имеет смысла, так как щавелевая кислота прибавляется к объекту исследования и частично перегоняется с водяным паром. В настоящее время в мировой практике наиболее специфичным методом определения этиленгликоля в биологических объектах считается газовая хроматография, позволяющая сочетать качественное и количественное определение вещества. Метод прямого газохроматографического определения более прост и

удобен в выполнении; к тому же не требует использования дорогостоящих импортных реактивов (для дериватизации этиленгликоля). Основная же его сложность состоит в подборе соответствующей насадки для хроматографической колонки: вследствие высокой полярности и низкой летучести этиленгликоля проявляет адсорбционные свойства, которые при анализе разбавленных растворов приводят к резкому ухудшению его хроматографических характеристик. [3]

Так, как температура кипения этиленгликоля высокая (197,6 °С), она не перегоняется с водяным паром, нами было предложено поднять температуру колонки до 300°С. Случай из практики. Был доставлен труп 1957г.р., по ошибке выпивший этиленгликоль. Диагноз - отравление этиленгликолем. Для исследования присланы объекты: головной мозг, печень, почка. Примененная нами методика заключалась в следующем. Во флаконы из-под пенициллина помещали по 5г. измельченных тканей почки, печени, головного мозга. Закрывали резиновыми пробками, которые герметично фиксировали к горловине флакона. Флаконы нагревали на водяной бане при 80°С в течении 10 мин. С помощью шприца отбирали по 1 мкл парогазовой фазы и вводили в испаритель хроматографа «Кристаллюкс 4000М», детектор ПИД, колонка кварцевая капиллярная фирмы «Zebron ZB-1» (США), длина 30м., диаметр 0,32мм., неподвижная жидкая фаза 100% диметилполисилоксан. Температура в градусах Цельсия: колонки 300, детектора 300, испарителя – 120. Расход газа-носителя гелия 25 мл/мин; сброс – 30 мл/мин; поддув – 15мл/мин; воздух – 250мл/мин; водорода – 30мл/мин. Программа об-

работки хроматографических данных «NetChrom – V 2.1». В результате газохроматографического исследования идентифицировали пики со временем удерживания 2мин 67 сек в тканях печени с высотой 19,92 мв, 2мин 67 сек в тканях почки с высотой 16,57 мв, 2мин 67 сек в тканях головного мозга с высотой 19,78 мв. Параллельно по вышеописанной методике исследовалась стандартную смесь этиленгликоля. На хроматограмме идентифицировали пик со временем удерживания этиленгликоля 2 мин 67 сек.

Выводы:

1. Разработаны оптимальные условия и определение этиленгликоля методом газожидкостной хроматографии с капиллярной колонкой (пламенно-ионизационным детектором).

2. Метод не требует предварительного изолирования вещества, является более чувствительным и экспрессным по сравнению с другими методами.

Литература:

1. Бережной Р.В., Смусин Я.С., Томилин В.В., Ширинский В.В. Руководство по судебно-медицинской экспертизе отравлений. - Москва, 1980 - С. 325-326.

2. Ключев А.Е., Колдабаев А.А., Белова М.В. Сравнительная характеристика методов определения технических жидкостей в клинической токсикологии. // Судебно-медицинская экспертиза, 1998,-№6, С. 34-36.

3. Бонитенко Е.Ю., Бабаханян Р.В., Бородавко В.К., Бушуев Е.С., Гуляева Т.Н., Шилов В.В. Отравление этиленгликолем и его эфирами. – Санкт-Петербург, 2003 – С.30-31.

УДК 616.2-616-022.6-07

ЦИТОДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ МЕТОДОМ ПАВЛОВСКОГО В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.А. Скуридин¹, Т.Д. Байбулатов¹, В.Ю. Вересов¹, Н. Орынбасаров², А.Х. Жармухаметов²

¹Восточно-Казахстанский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Усть-Каменогорск,

²Семейский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Семей

Резюме

Заболевания органов дыхательной системы - одна из наиболее частых причин скоропостижной смерти. Иногда бывает трудно дифференцировать вирусные болезни дыхательной системы от заболеваний бактериальной этиологии. Цитологический метод диагностики по Павловскому позволяет выявить вирусы.

Тұжырым

СОТ-МЕДИЦИНА ЖҰМЫСЫНДАҒЫ ПАВЛОВСКИЙ АТЫНДАҒЫ ВИРУСТЫҚ ӨКПЕ АУРУЛАРДЫҢ ЦИТОДИАГНОСТИКАСЫ.

Өлімге шалдықтыратын көп себептің бірі өкпе аурулары. Кейбір жағдайда вирустық пен бактериялық өкпе аурулардың ішінде диф. Диагностиканы өткізу қиындыққа түседі. Павловский атындағы цитодиагностикасы вирусты ажыратуға көмектеседі.

Summary

CYTOLOGICAL VIRAL INFECTION OF THE RESPIRATORY TRACT BY PAVLOVSKY'S METHOD IN FORENSIC PRACTICE

Diseases of the respiratory system are one of the most spread cases of the sudden death. Sometimes differentiation diagnoses between viral and bacterial infection of the respiratory system may be difficult. Cytodiagnosis method by Pavlovsky helps estimate the viruses causative agent.

Актуальность. Среди различных заболеваний, вызывающих скоропостижную смерть, заболевания органов дыхания занимают второе место после заболеваний сердечнососудистой системы. А в структуре

смертности детей грудного и раннего детского возраста заболевания органов дыхания вирусной и бактериальной этиологии прочно удерживают первое место [1,2].

Клинико-анатомические проявления респираторной инфекции зависят от развития местного воспалительного процесса в органах дыхания, диссеминации возбудителя, нередко с образованием очагов генерализации, и общих неспецифических изменений. При этом следует учесть тот факт, что воспалительные изменения в дыхательных путях при ОРВИ у детей нередко могут быть обнаружены только под микроскопом. Поэтому при внезапной смерти детей раннего грудного возраста гистологическое исследование может приобретать решающее значение [3,4].

В практике судебно-медицинских экспертов нередко возникают случаи, когда бывает трудно отличить заболевание органов респираторного тракта вирусной этиологии от заболеваний вызываемых бактериями.

Установление природы возбудителя имеет очень важное значение, позволяя проводить адекватную оценку характера воспалительных изменений, возникших у умершего человека, и для правильной оценки их значения в танатогенезе при проведении судебно-медицинской экспертизы.

Как известно вирусы не могут быть рассмотрены в обычный световой микроскоп, потому изучению в подобный микроскоп подвергаются включения или ткани пораженные вирусом.

В качестве метода, который позволяет с высокой степенью достоверности отличить заболевания вирусной этиологии от заболеваний бактериальной этиологии, является окраска мазков содержимого дыхательных путей по методу Павловского Г.Т.

Мазки следует делать из макроскопически измененных и неизмененных участков. Последнее особенно важно при вирусных инфекциях, поскольку именно в малоизмененных макроскопически участках можно скорее всего выявить как самих возбудителей, так и вызываемые ими изменения, ибо здесь они не будут замаскированы более грубыми поражениями, которые могут обуславливать вторичное присоединение бактериальной инфекции. При том результаты исследования мазков в значительной мере определяются методикой их взятия. При вирусных и сочетанных вирусно-бактериальных инфекциях необходимо получить в мазке достаточное количество клеток мерцательного и альвеолярного эпителия, причем не слущенных с дегенеративными изменениями, а «живых». Это возможно лишь в том случае, если мазок делается из масс, соскобленных с поверхности разреза легкого или слизистой оболочки. Рекомендуется делать мазки краем нешлифованного стекла или ножом после осушения поверхности разреза [5].

Материалы и методы исследования. Нами было проведено стандартное гистологическое исследование с окраской тканей гематоксилин-эозином у 4 детей, умерших внезапной смертью, у которых в качестве основной причины смерти предполагались вирусные заболевания легких. В дополнение к стандартному гистологическому исследованию была проведена окраска мазков, взятых из легочной ткани умерших детей, по методу Павловского Г.Т.: фиксированные мазки окрашивались в течение 3-5 секунд красителем,

приготовленным из 10 мл дистиллированной воды, 1 капли насыщенного спиртового раствора основного фуксина и 8 капель насыщенного спиртового раствора метиленового синего. Краситель смывался проточной водой и препараты высушивались на воздухе. Критерием присутствия вируса в клетках считается обнаружение фуксинофильных включений, которые выглядят как гиалиноподобные капли, интенсивно окрашивающиеся основным фуксином. Согласно литературным данным фуксинофильные включения имеют диагностическое значение для отграничения всей группы острых вирусных респираторных инфекций от остальных заболеваний той же локализации.

Результаты и обсуждение. При гистологическом исследовании срезов легочной ткани у всех детей на срезах отмечался перибронхиальный отек, десквамация эпителия бронхов, в просвете альвеол определялись отечная жидкость, слущенные альвеоциты, лимфогистиоцитарные клетки, полнокровие межальвеолярных капилляров и легочных сосудов, что является, согласно литературным данным, более характерным преимущественно для инфекций вирусной этиологии, однако зачастую может встречаться и при бактериальной инфекции.

При исследовании мазков, окрашенных по Павловскому, у 3 из четырех умерших детей определялись фуксинофильные включения. В 1 случае фуксинофильные тельца обнаружены не были. Данные этих исследований помогли в проведении дифференциальной диагностики и позволили у 3 детей поставить диагноз пневмонии вирусной этиологии.

Следует отметить тот важный факт, что фуксинофильные включения могут быть выявлены при вскрытиях, проводившихся через двое и более суток после смерти, что имеет важное значение для судебно-медицинских экспертов, которым зачастую приходится производить исследование трупов людей, обнаруженных через несколько дней после их смерти.

Выводы. Метод окраски мазков по Павловскому прост, удобен, доступен и обладает достаточно надежностью для его широкого использования в любой судебно-гистологической лаборатории для диагностики заболеваний респираторного тракта вирусной этиологии.

Литература:

1. Гиясов З.А., Халматова Б.Т. Синдром внезапной смерти младенцев. – Ташкент, 2003. –44с.
2. Искиндинова А.К. Внезапная смерть детей грудного и раннего возраста при острых респираторных заболеваниях. // Судебно-медицинская экспертиза в Казахстане, 2005, №1-2, С.33-36.
3. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. – М., «Медицина», 1995. –688 с.
4. Ивановская Т.Е., Леонова Л.В. Патологическая анатомия болезней плода и ребенка в 2т. – М., «Медицина», 1989г. – т.1
5. Цинзерлинг А.В. Этиология и патологическая анатомия острых респираторных инфекций. – М. «Медицина», 1977.-160с.

УДК 616.89-008.441.44(574)

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САМОУБИЙСТВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

¹ Н.С. Игисинов, ² Г.Б. Кожаметова*Институт общественного здравоохранения¹,
АО «Медицинский университет Астана»², г. Астана***Тұжырым****КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ӨЗІНЕ ӨЗІ ӨЛТИРУДІҢ ТАРАЛУЫНА АНАЛИЗ**

Мақалада суицидтің Қазақстан Республикасында таралуына анализ жасалған. Суицид қазіргі қоғамның алдындағы өткір проблемалардың бірі. Қазақстан Республикасында өлендердің өзіне өзі қол жұмсаудан өлуден дүние жүзінде алдындағы шепте табылады.

Summary**ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF SUICIDES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

This article uncovers the prevalence of suicide in the Republic of Kazakhstan. Suicide is one of the important problems in modern society. Republic of Kazakhstan is one of the leading countries in the world in terms of number of mortality from suicide.

Введение. Проблема роста суицидов, обнаружившаяся в последнее десятилетие в большинстве развитых стран, приобретает в Казахстане особую актуальность и является одной из причин усугубляющегося демографического кризиса. Как продукт состояния общества, самоубийства, точнее их уровень и динамика, служат одним из важных индикаторов социальной, экономической, политической ситуации явственно отражая проблемы 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 тыс. населения). В Казахстане же за период с 2000-2010 гг. число самоубийств составило 27-29 человек на 100 тысяч населения. [6].

Цель. Изучить основные тенденции динамики показателей смертности от самоповреждений с летальным исходом в Республике Казахстан.

Материалы и методы исследования.

Изучаемый период составил 11 лет (2000-2010 гг.). Материалом исследования послужили данные о смертности от преднамеренного самоповреждения (таблица С51) за 2004-2010 годы [7]. В данной публикации использовались данные Агентства Республики Казахстан по статистике о смертности от самоубийств и о численности населения за 2000-2010 [8,9,10,11].

В работе использовались следующие статистические методы: среднее значение, средняя ошибка, t-критерий Стьюдента, коэффициент наглядности, темпы прироста [12,13]; контрольная р-диаграмма, критерий итераций и одновыборочный серийный критерий [14].

Результаты. Самоповреждения с летальным исходом являются социально-значимой проблемой современного здравоохранения. В данной работе изучена динамика показателя самоубийств населения Республике Казахстан среди всех возрастов за 2000 – 2010 годы. За данный период в Казахстане было зарегистрировано 45650 случаев самоповреждений с летальным исходом. Распределение показателя по годам представлено в таблице 1.

Таблица 1. Самоповреждения с летальным исходом в Республике Казахстан за 2000 – 2010 года.

год	Самоповреждения с летальным исходом на 100 тыс.	Темпы прироста в %	Коэффициент наглядности % по сравнению с 2000 годом
2000	30,3 ± 0,45		
2001	29,7 ± 0,45	-1,8	98,2
2002	29,0 ± 0,44	-2,5	95,8
2003	29,3 ± 0,44	0,9	96,6
2004	29,4 ± 0,44	0,5	97,1
2005	25,9 ± 0,41	-12,0	85,5
2006	26,7 ± 0,42	3,2	88,2
2007	26,9 ± 0,42	0,8	88,9
2008	25,4 ± 0,40	-5,6	84,0
2009	23,9 ± 0,39	-6,0	79,0
2010	22,2 ± 0,37	-7,3	73,2

Из таблицы 1 следует, что максимальное значение (30,3 ± 0,45) самоповреждений с летальным исходом в Республике Казахстан было в 2000 году. Минимальное значение (22,2 ± 0,37) данного показателя было в 2010 году. Среднее значение показателя за 2000 – 2010 годы составило 27,15±0,62 на 100 тыс. человек. Максимальные темпы прироста были в 2006 году (T_{np}=3,2%), ми-

нимальные в 2005 году (T_{np}=-12,0%), коэффициент наглядности отражает такую же картину. В динамике уровня преднамеренных самоповреждений с летальным исходом за исследуемый период отмечается его снижение.

Для анализа динамических рядов на наличие тренда использовались критерии итерации и серийный кри-

терий, было произведено разделение отклонений на случайные и неслучайные при помощи построения контрольной р-диаграммы, которая представлена на Рисунке 1. На данном рисунке кроме значений динамики

общего показателя уровня самоубийств отражен доверительный интервал, центр р-диаграммы представляет среднее значение для ошибок, а LCL (нижний предел контроля) и UCL (верхний предел контроля).

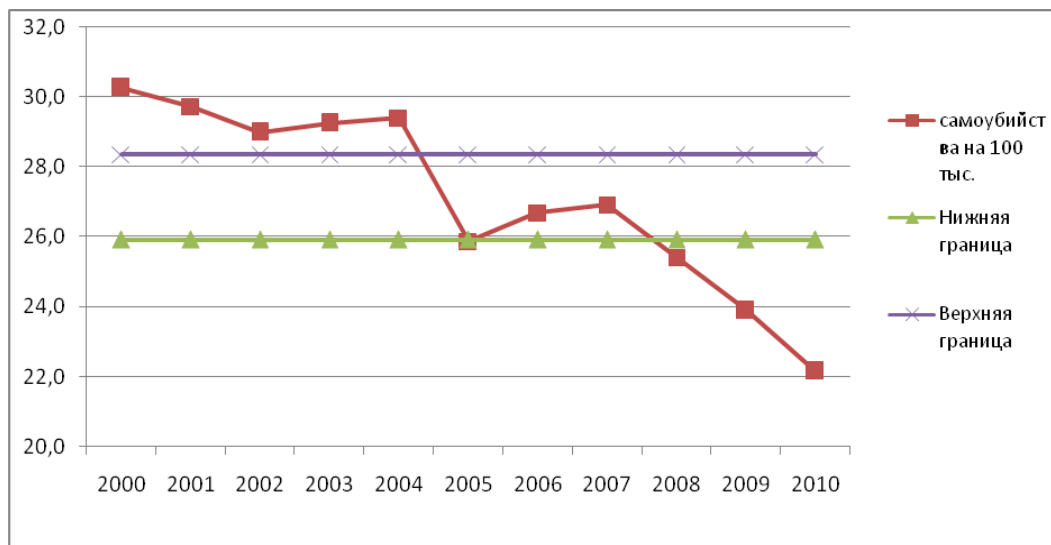


Рис.1. - Среднегодовые показатели смертности от преднамеренного самоповреждения с летальным исходом за период 2000-2010 гг.

Из рисунка 1 следует, в 2000-2004 годах была зарегистрированы показатели смертности, которые статистически достоверно выше, чем средний показатель смертности за рассматриваемый период. В 2008, 2009 и 2010 годах были зарегистрированы показатели смертности, которые статистически достоверно ниже, чем средний показатель смертности за рассматриваемый период. При анализе динамических рядов на определения наличия тренда использовались критерии итерации и серийный критерий. Критерии итерации показал, что поведение динамического ряда не случайно относительно медианы (медиана (Me) = 26,9; количество серий (r) = 2; ожидаемое число итерации (E) = 6,5; сред-

нее квадратическое отклонение (σ) = 1,58; $z = -2,85$). Серийный критерий показал, что поведение динамического ряда статистически значимо отклоняется от случайного ($r=5$, $E=7$, $\sigma=1,28$, $z=-1,56$). Что говорит о том, что поведение динамического ряда не случайно, и указывает на наличие тренда, на снижение смертности от преднамеренного самоповреждения с летальным исходом в Республике Казахстан.

Для анализа достоверности различий данного показателя по годам был использован t-критерий Стьюдента. Результаты t-критерия Стьюдента приведены в таблице 2.

Таблица 2. Сравнение значений показателей самоповреждений с летальным исходом в Республике Казахстан за 2000 – 2010 годы с помощью t-критерия Стьюдента.

Года\Года	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2000	0,85	2,02*	1,61	1,37	7,19*	5,82*	5,46*	8,05*	10,74*	13,93*
2001	-	1,17	0,76	0,52	6,33*	4,96*	4,60*	7,18*	9,88*	13,06*
2002	-	-	0,41	0,65	5,16*	3,79*	3,42*	6,00*	8,69*	11,88*
2003	-	-	-	0,24	5,58*	4,20*	3,84*	6,43*	9,12*	12,31*
2004	-	-	-	-	5,83*	4,45*	4,09*	6,68*	9,38*	12,58*
2005	-	-	-	-	-	1,39	1,78	0,80	3,50*	6,71*
2006	-	-	-	-	-	-	0,38	2,21*	4,92*	8,14*
2007	-	-	-	-	-	-	-	2,60*	5,32*	8,55*
2008	-	-	-	-	-	-	-	-	2,72*	5,97*
2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,26*

Примечание: * отмечены парные сравнения с наличием статистически значимых различий по t-критерию Стьюдента ($p < 0,05$).

Следовательно, период с 2000 по 2004 годы характеризовались высоким уровнем самоубийств (существуют статистически значимые различия с 2008-2010 годами); период 2005 по 2007 годы - средним уровнем (существуют статистически значимые различия с 2008-2010 годами, кроме сравнения 2005 года с 2008), 2008-2010 годы - низким уровнем преднамеренных самоповреждений с летальным исходом.

Обсуждение и выводы:

При поведенном анализе описательных данных за период с 2000-2010 гг. показатель смертности от само-

убийств на 100 тыс. населения в Республике Казахстан снизился с 30,3 в 2000 году до 22,2 в 2010 году. Выявлена положительная динамика снижения уровня самоубийств в Республике Казахстан, с наличием тренда на снижение, но показатель преднамеренного самоповреждения с летальным исходом при всех благоприятных тенденциях находится на высоком уровне. Сама по себе система общественного здравоохранения не способна обеспечить психическое здоровье граждан слишком многие факторы, определяющие психическое здоровье, находятся вне сферы его деятельности [15]. По

этому, для полноценной охраны и профилактики психического здоровья требуется поддержка всех государственных структур, скоординированных действий здравоохранения, образования и служб социальной поддержки.

Литература:

1. Rehkopf DH, Buka SL. The association between suicide and the socio- economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2006, 36: 145-157
2. Berk M, Dodd S, Henry M. The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychological Medicine*, 2006, 36: 181-189
3. Middleton N et al. Suicide risk in small areas in England and Wales, 1991-1993. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004 39:45-52
4. Middleton N, Sterne JA, Gunnell D. The geography of despair among 15-44- yer old men in England and Wales: putting suicide on the map. *Journal of Epidemiology and community Health*, 2006, 60:1040-1047
5. De Vogli R, Gimeno D. Changes in income inequality and suicide rates after “shock therapy”: evidens from Eastern Europe . *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:956.

6. Алтынбеков С.А. Депрессии и суицидальное поведение, 2007г.
7. Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти за 2004 - 2010 г. Форма С 51. Министерство здравоохранения Республики Казахстан.
8. Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006. – 548 с.
9. Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Астана, 2008. – 753 с.
10. Демографический ежегодник Казахстана, 2009. Статистический сборник. – Астаны, 2010. – 521 с.
11. Казахстан в 2010 году. Статистический ежегодник (на казахском и русском языках).– Астаны, 2011. – 480с.
12. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. Л.: Медицина; 1974; 384 с.
13. Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. – М., 1999 – 460 с.
14. Ozcan, Yasar A. Quantitative methods in health care management: techniques and applications, 2005.
15. Kristian Wahlbeck at al. Экономический кризис и психическое здоровье. ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2011. –С.4

УДК 61:67.99 (2)

**ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІНІҢ «СОТ МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ»
РМҚК ШҚ ФИЛИАЛЫ БОЙЫНША 2006-2010 ЖЫЛДАР ДИНАМИКАСЫНДАҒЫ МӘЙІТ
МАТЕРИАЛЫНДАҒЫ КАРБОКСИГЕМОГЛОБИНДЫ АНЫҚТАУ
ЖӘНЕ ОНЫҢ ЕСЕПТІК ТАЛДАУЫ**

Қ.М. Сейтахметов

ҚР ДМ РМҚМ ОСМ Шығыс Қазақстан филиалы

Резюме

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАРБОКСИГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ ТРУПНОГО МАТЕРИАЛА И СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ДИНАМИКЕ С 2006-2010 ГОДЫ ПО ДАННЫМ ВК ФИЛИАЛА РГКП «ЦСМ» МЗ РК

К.М. Сейтахметов

В статье приводятся данные анализа проведенных химико-токсикологических экспертиз из крови трупного материала по данным ВК филиале РГКП «ЦСМ» МЗ РК.

Summary

BLOOD PIGMENT-CARBOXY DETERMINATION IN THE BLOOD OF ASPIRATE CADAVERIC AND STATISTICAL ANALYSES IN DYNAMICS FROM 2006 TO 2010 YEARS OF KAZAKHSTAN REPUBLIC HEALTH MINISTRY JUDICIAL MEDICINE CENTER OF STATE PUBLIC ENTERPRISE CENTER EAST-KAZAKHSTAN BRANCH

K.S. Seitakhmetov

There are chemico-toxicological expertise analysis from the blood of aspirate cadaveric in the article Kazakhstan Republic health Ministry Judicial medicine Center of State Public Enterprise Center East-Kazakhstan branch.

Барлық тірі ағзалар атмосферадан оттегіні сіңіріп, тотығу үрдістерінің соңғы өнімі болып табылатын көмір қышқыл газын шығарады. Адам мен жануар ағзасында тыныс алу мүшелерінен ағзаның барлық ұлпаларына атмосфералық оттегінің тасымалдануы, құрамында гемоглобині бар қан ағынымен жеткізіліп отырылады.

Гемоглобин – құрамында темірі бар адам мен жануар эритроциттерінің күрделі ақуызы, оттегімен байланысып, оның ұлпаларға жеткізілуін қамтамасыз етеді. Гемоглобин глобин ақуызының темір комплексі геммен қосылысы болып саналады. Оттек ауада және өкпе альвеолдарында болатын үлес қысымы әсерінен гемоглобинмен байланысып, тыныс алушы ұлпаларда

қысым төмендегенде бөлініп шығады. Тыныс алу мүшелерінде атмосферадан сіңірілген оттегі дезоксигемоглобинмен байланысып, оксигемоглобин түзеді және ол ағзаның барлық ұлпаларына транспортталады, нәтижесінде оксигемоглобин қайта дезоксигемоглобинге регенерацияланады.

Қанның құрамында гемоглобиннің әртүрлі формалары бар:

1. оттегімен байланысқан оксигемоглобин немесе гемоглобин;
2. оттегімен байланыспаған дезоксигемоглобин;
3. молекуланың темір атомында оттегі орнына басқа - көміртек (II) оксиді (CO), көміртек (IV) оксиді

(CO₂), цианидтер (CN) және азот пен күкірттің оксидтерінің қалдықтары орналасқан гемоглобин;

4. қалыпты жағдайда оттегімен, көміртек оксидімен және басқа газдармен байланыспайтын метгемоглобин.

Осы айтылғандардың ішінен біз гемоглобин құрамындағы темірдің CO байланысқан күйін қарастырамыз.

Сонымен, CO адам ағзасына қандай әсерін тигізеді? CO өкпеден қанның плазмасының эритроциттеріне өткеннен кейін тыныс алу мүшелерінен ағза мүшелеріне оттегіні тасымалдайтын гемоглобин ақуызымен әрекеттеседі, нәтижесінде оттегіні тасымалдауға қабілеті жоқ карбоксигемоглобин түзіледі.

Сонымен қатар CO қандағы дезоксигемоглобинмен де байланысады. Ол оксигемоглобиннен оттегіні ығыстырып, әлдеқайта берік байланысқан карбоксигемоглобин түзеді. Кейін ағзада дезоксигемоглобинге дейін ыдырайды. Бұл үрдіс ағзадағы оксигемоглобиннің ыдырау жылдамдығынан 240 есе баяу жүреді.

Нәтижесінде, қанда жиналған карбоксигемоглобиннің артық мөлшері ағзада оттектік жетіспеушілікті тудырады. Үрдіс интенсивтілігі мен ұзақтылығы да жағымсыз жағдайларға әкеп соғады. Яғни, ағзадағы ферменттердің активтілігін төмендетіп, көмірсутектік, фосфорлы және азотты алмасуды бұзады, бастың айналуына, естен тануға, жүректің айналуына, жүрек қағысының жоғарлауына, артериалды қан қысымының күрт төмендеуіне байланысты жүрек тамыр жүйесінің бұзылуына, қатты шөлдеуге, бұлшықеттің босаңсуына (әсіресе, қол, аяқ), бұлшықеттерінің қалтырауына, тартылуына, дене температурасының жоғарлауына (38-40⁰C), адам мүлде қозғала алмайтын қомды жағдайға әкеп соғады. Карбоксигемоглобин адам ағзасының барлық жүйесіне әсер етеді, әсіресе, жүйке жүйесі мен ми қабатына. Кез – келген адам қанының құрамында CO болуы мүмкін, ол гемоглобинмен комплекс түзеді және ол әртүрлі адам қанының құрамында әртүрлі мөлшерде болады.

Карбоксигемоглобиннің мөлшерін анықтауда – спектрофотометриялық, фотоколориметриялық, химиялық және т.б. әдістер қолдануға болады.

Біздің зерттеу жұмысымызда химиялық және спектрофотометриялық әдістер қолданылды.

Химиялық әдіс арқылы қанның құрамындағы карбоксигемоглобин сапалық жағынан анықталды. Қан құрамындағы карбоксигемоглобин 5%-тен жоғары болса, мынадай химиялық реакциялар сапалық реакцияларды береді:

Мысалы: 1. Гоппе-Зейлер үлгісі: белгілі мөлшердегі қан үлгісіне сол немесе екі есе мөлшердегі 30 %-тік натрий гидроксидін қосамыз. Құрамында карбоксигемоглобині бар қан ашық қызыл түсті болып қала береді, ал карбоксигемоглобині жоқ қан қошқыл қызыл түске боялады.

2. Сальковский - Катаям үлгісі: 10 мл дистилденген суға 5 тамшы қан және 5 тамшы жаңа дайындалған аммоний сульфиді ерітіндісін қосып, араластырамыз. Үстіне 30%-тік сірке қышқылын әлсіз қышқылдық реакцияға дейін қосамыз. Құрамында карбоксигемоглобині бар қан таңқұрай-қызыл, ал карбоксигемоглобині жоқ қан сұр жасыл түске боялады.

3. Кункель - Вецель үлгісі: бір көлем қанға бес көлем дистилденген су қосады. Алынған ерітіндінің 5 мл-не 15 мл 3%-тік таниннің сулы ерітіндісін қосып, араластырады. Егер қан құрамында карбоксигемоглобин бар болса, онда ашық қызыл тұнба түзіледі. Ал қан құрамында карбоксигемоглобин жоқ болса, сұр-қоңыр түсті тұнба түзіледі.

4. Бюркер үлгісі: 5 мл қанға 500мл болатындай етіп су қосып, араластырамыз. Алынған қан ерітіндінің 5—10 мл 5 тамшы 1%-тік K₃[Fe(CN)₆] ерітіндісін қосамыз. Құрамында карбоксигемоглобині бар қан қызыл түсті болып қала береді, ал карбоксигемоглобині жоқ қан сары түске боялады.

Сол сияқты қанның құрамындағы карбоксигемоглобинді сапалық анықтау үшін тағы басқа көптеген реакциялар бар. Ал біз өзіміздің сараптамамызда осы төрт әдісті кезектесіп қолдандық.

Қан құрамындағы карбоксигемоглобиннің сандық анықталуы спектрофотометрлік әдіс арқылы жүзеге асты. Спектрофотометр СПЕКОРД-205, автоматтандырылған және карбоксигемоглобинді анықтау бағдарламасы компьютер жадына енгізілген жаңа қондырғы. Оның тиімділігі аз уақыт ішінде нәтижені қолма-қол алуға болады. Сонымен қатар, параллелді СФ-46 спектрофотометрімен де тәжірибе жасалды, оның нәтижесі СПЕКОРД-205 құрылғысымен жасалған тәжірибе нәтижесімен салыстырмалы түрде бірдей болды.

Қанның құрамындағы карбоксигемоглобиннің мөлшерін мына формуламен анықтадық:

$$\%HbCO = \frac{(D1 - D2 * K1)}{D2 * K2} * 100\%$$

мұндағы,

D1; D2- қанға дитионит қосқаннан кейінгі максималды оптикалық тығыздық (540нм және 550нм); K1; K2 – СПЕКОРД-205 спектрофотометрі үшін есептелінген коэффициенттер (0,78 және 0,38).

Иіс газы көмірсутектердің, ағаштың, тас көмірдің және басқа да жанғыш материалдардың толық жанбауынан, көп мөлшерде көліктердің шығынды газында, ақауы бар пеште бөлінеді. Сондай-ақ көміртек (II) оксиді өрт, жарылыс кезінде, т.б жағдайларда түзіледі.

Шығыс Қазақстан Облысы және Өскемен қаласы бойынша иіс газымен уланып қайтыс болған адамдардың қанының құрамындағы карбоксигемоглобин мөлшерінің 2006-2010 жылдар көлеміндегі алынған мәліметтері бойынша статистикалық өңдеу жасадым.

Оның нәтижелері төменде көрсетілген.

2006 жыл	Жалпы мәйіт саны 110	
	Ер адамдар 73 (66,36%)	Әйелдер 37 (33,64%)

Ер адамдар		Әйелдер	
Жас аралығы	Саны	Жас аралығы	Саны
0-30	11	0-30	8
31-60	47	31-60	18
61 және одан жоғары	15	61 және одан жоғары	11

2007 жыл	Жалпы мәйіт саны 104	
	Ер адамдар	Әйелдер
	74 (71,15%)	30 (28,85%)

Ер адамдар		Әйелдер	
Жас аралығы	Саны	Жас аралығы	Саны
0-30	11	0-30	8
31-60	48	31-60	16
61 және одан жоғары	15	61 және одан жоғары	6

2008 жыл	Жалпы мәйіт саны 121	
	Ер адамдар	Әйелдер
	95 (78,51%)	26 (21,49%)

Ер адамдар		Әйелдер	
Жас аралығы	Саны	Жас аралығы	Саны
0-30	13	0-30	4
31-60	68	31-60	16
61 және одан жоғары	14	61 және одан жоғары	6

2009 жыл	Жалпы мәйіт саны 119	
	Ер адамдар	Әйелдер
	86 (72,26%)	33 (27,73%)

Ер адамдар		Әйелдер	
Жас аралығы	Саны	Жас аралығы	Саны
0-30	16	0-30	5
31-60	57	31-60	23
61 және одан жоғары	13	61 және одан жоғары	5

2010 жыл	Жалпы мәйіт саны 117	
	Ер адамдар	Әйелдер
	87 (74,35%)	30 (25,64%)

Ер адамдар		Әйелдер	
Жас аралығы	Саны	Жас аралығы	Саны
0-30	14	0-30	6
31-60	60	31-60	19
61 және одан жоғары	13	61 және одан жоғары	5

2006 жыл:

Қандағы жалпы карбоксигемоглобин мөлшері – **58,98%**. Оның ішінде:

Ер адамдардың қанындағы HbCO мөлшері (орта есеппен) – **63,49%**,

Әйелдер қанының құрамындағы HbCO мөлшері (орта есеппен) – **54,46%**.

2007 жыл:

Қандағы жалпы карбоксигемоглобин мөлшері – **60,61%**. Оның ішінде:

Ер адамдардың қанындағы HbCO мөлшері (орта есеппен) – **61,81%**,

Әйелдер қанының құрамындағы HbCO мөлшері (орта есеппен) – **59,40%**.

2008 жыл:

Қандағы жалпы карбоксигемоглобин мөлшері – **62,85%**. Оның ішінде:

Ер адамдардың қанындағы HbCO мөлшері (орта есеппен) – **63,15%**,

Әйелдер қанының құрамындағы HbCO мөлшері (орта есеппен) – **62,55%**.

2009 жыл:

Қандағы жалпы карбоксигемоглобин мөлшері – **59,90%**. Оның ішінде:

Ер адамдардың қанындағы HbCO мөлшері (орта есеппен) – **60,24%**,

Әйелдер қанының құрамындағы HbCO мөлшері (орта есеппен) – **59,03%**.

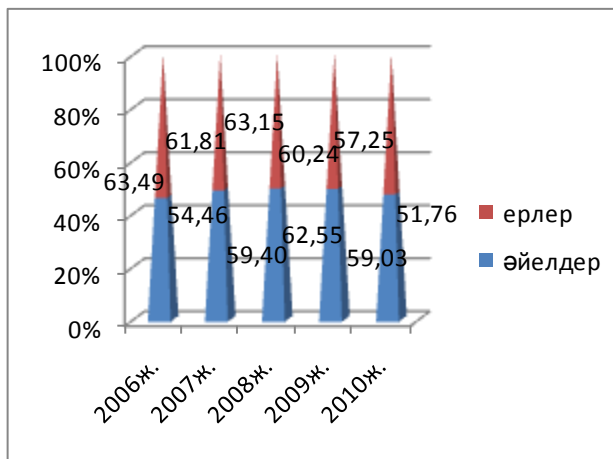
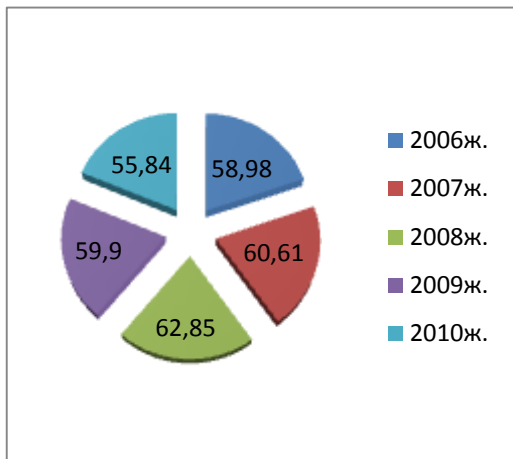
2010 жыл:

Қандағы жалпы карбоксигемоглобин мөлшері – **55,84%**. Оның ішінде:

Ер адамдардың қанындағы HbCO мөлшері (орта есеппен) – **57,25%**,

Әйелдер қанының құрамындағы HbCO мөлшері (орта есеппен) – **51,76%**.

Қандағы жалпы карбоксигемоглобин мөлшері:



Бұл статистикалық өңдеу нәтижелері бойынша мынадай қорытынды жасауға болады:

2006-2010 жылдар көлемінде карбоксигемоглобиннің қандағы артық мөлшерінен көбінесе орта жастағы (30-60 жас аралығындағы) ерлер қайтыс болады. Өлу жағдайы көбінесе, ішімдік ішіп, не шылым шегіп ұйықтап қалған адамдар және көлік ішінде иіс тиіп өлген адамдар болып табылды.

Әдебиеттер:

1. Бережной Р.В., Смутин Я.С., Томилин В.В., Ширинский П.П. Руководство по судебно-медицинской экспертизе отравлений. Под редакцией Р.В. Бережного, Я.С. Смутина, В.В. Томилина, П.П. Ширинского. Москва, Медицина, 1980г

2. Исаев Л.К. Воздействие на организм человека опасных и вредных экологических факторов, метрологические аспекты. Под редакцией Исаева Л.К. Москва, 1997г. 512стр.

3. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Гемоглобин>

4. Бандман А.Л., Гудзовский Г.А., Дубейковская Л.С. Вредные химические вещества неорганического соединения элементов I-IV групп. Справ. издание /А.Л.Бандман, Г.А. Гудзовский, Л.С. Дубейковская и др./ Под редакцией В.А. Филова и др., Л: Химия, 1988, 512 с.

5. Крамаренко В.Ф. Токсикологическая химия. - Киев, головное издательство издательского объединения «Выща школа», 1989г.

6. Методические указания «судебно-химическое определение карбоксигемоглобина», Алматы, 2000г.

УДК 61:67.99 (2)

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В ОТДЕЛЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОТЕРПЕВШИХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ ЛИЦ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОГО ФИЛИАЛА РГКП «ЦЕНТР СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ» МЗ РК ПО Г.УСТЬ-КАМЕНОГОРСКУ ЗА 2009-2011 ГГ.

К.С. Ожаров

Восточно-Казахстанский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г.Усть-Каменогорск

Тұжырым

2009-2011 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДА ӨСКЕМЕН ҚАЛАСЫНДА «СОТ-МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ» РМҚК ШҚ ФИЛИАЛЫНДА ЖӘБӘРЛЕНУШІЛЕР, АЙЫПТАЛУШУЛАР ЖӘНЕ БАСҚА ТҰЛҒАЛАРДЫ САРАПТАУ БӨЛІМІНДЕ СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМАЛАРҒА ЖҮРГІЗІЛГЕН ТАЛДАУ

К.С. Ожаров

Бұл мақалада 2009-2011 жылдар аралығында Өскемен қаласында «Сот-медицина орталығы» РМҚК ШҚ филиалында жәбәрленушілер, айыпталушылар және басқа тұлғаларды сараптау бөлімінде сот-медициналық сараптамаларға жүргізілген талдаудың деректері келтірілген.

Summary

THE ANALYSIS OF THE MADE FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS IN DEPARTMENT OF EXAMINATION OF SUFFERED, ACCUSED AND OTHER PERSONS OF EAST KAZAKHSTAN BRANCH OF «CFM» OF MH RK AT UST-KAMENOGORSK CITY FOR 2009-2011

K.S. Ozharov

In article the data of the analysis of the made forensic medical examinations in examinations of suffered, accused and other persons of East Kazakhstan branch of «CFM» of MH RK at Ust-Kamenogorsk city for 2009-2011.

В настоящее время город Усть-Каменогорск является крупным промышленно развитым городом, административным центром Восточно-Казахстанской области с

населением свыше 300 тысяч человек. В городе располагается Восточно-Казахстанский филиал «Центра Судебной Медицины» Республики Казахстан. Ежегодно в

Восточно-Казахстанском филиале «ЦСМ» МЗ РК в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц производится более 9000 тысяч экспертиз (из них более 4000 тысяч по городу Усть-Каменогорску).

Судебно-медицинские экспертизы назначаются и проводятся в строгом соответствии с законодательством РК на основании постановлений правоохранительных органов и определений судов, когда для разрешения определенных вопросов по делу необходимы научные, технические или другие специальные знания.

Основными видами экспертизы живых лиц являются: экспертиза определения тяжести вреда здоровью, экспертиза при половых преступлениях и состояниях, другие виды экспертиз, с применением специальных познаний в области судебной медицины.

В уголовных делах проведение судебно-медицинской экспертизы связано преимущественно с привлечением к уголовной ответственности по поводу преступления против жизни, здоровья, свободы, достоинства и личности граждан, в связи с уклонением от воинской службы, членовредительстве, симуляции, диссимуляции, агравации и других преступлениях, когда возникают вопросы, касающиеся жизни или здоровья человека.

В гражданских делах судебно-медицинская экспертиза живых лиц проводится преимущественно в связи с гражданскими исками по поводу причиненного ущерба здоровью, инвалидности, необходимости лечения, санаторно-курортного обеспечения, алиментных исках, в бракоразводных делах и по другим поводам. Круг медицинских вопросов, возникающих в следственной практике, весьма обширен и охватывает практически все разделы медицины, в которых эксперт, не являясь специалистом, должен хорошо ориентироваться, решая вопросы, поставленные следствием. В этих экспертизах проводятся совместно с приглашенными консультантами из числа квалифицированных специалистов по необходимой специальности.

Цели исследования: изучить архивный материал и провести анализ проведенных судебно-медицинских

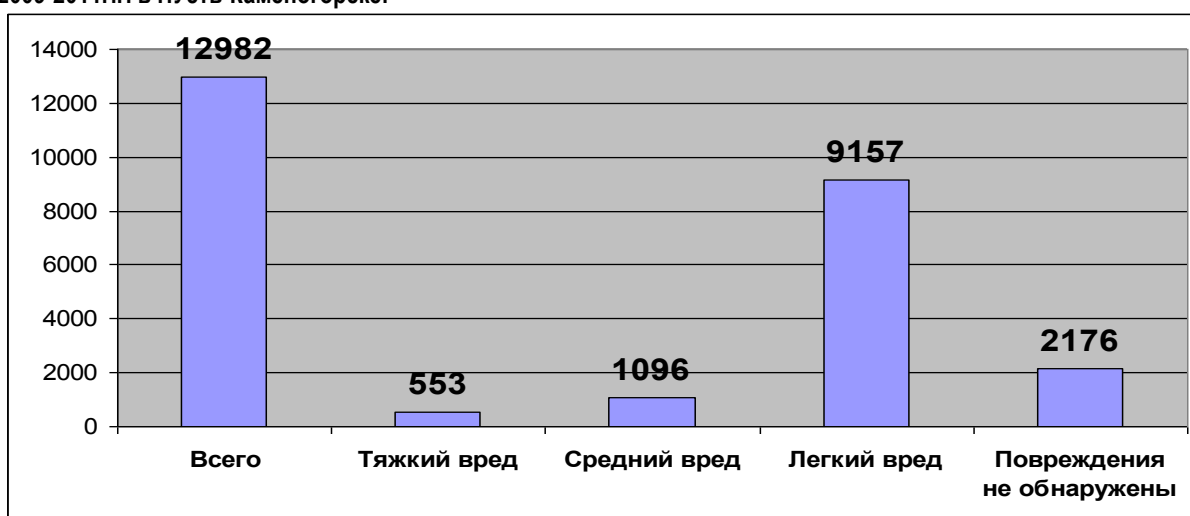
экспертиз в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за период 2009-2011г.г. по г.Усть-Каменогорску.

Задачи исследования: выявить общие тенденции по результатам анализа проведенных экспертиз в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК по г.Усть-Каменогорску за 2009-2011 г.г.

Материалы и методы исследования: Были изучены архивные материалы отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК с их последующей статистической обработкой и анализом. В виду обширности обработанного архивного материала, в данной статье данные по экспертизам живых лиц приводятся без учета половых преступлений.

Всего за период 2009-2011г.г. отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК по г.Усть-Каменогорску было проведено 12982 судебно-медицинских экспертизы, связанных с живыми лицами (без учета половых преступлений). Одним из основных видов судебно-медицинской экспертизы в данном отделе является экспертиза определения тяжести вреда здоровью. Как видно из рисунка 1 среди общего количества проведенных экспертиз в 553 случаях (4,3% от общего количества проведенных экспертиз) в соответствии с «Правилами организации и производства судебно-медицинской экспертизы» N 875/1 от 20.12.2004 г. (позже замененные на «Инструкции организации и производства судебно-медицинской экспертизы» №368 от 20.05.2010г.) были даны заключения о причинении тяжкого вреда здоровью, в 1096 случаях (8,4% от общего количества проведенных экспертиз) были даны заключения о причинении среднего вреда здоровью, в 9157 случаях (70,5% от общего количества проведенных экспертиз) были даны заключения о причинении легкого вреда здоровью, в 2176 случаях (16,8% от общего количества проведенных экспертиз) какие-либо телесные повреждения обнаружены не были.

Рисунок 1. Определение тяжести вреда здоровью в общей структуре проведенных судебно-медицинских экспертиз в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011г.г. в г.Усть-Каменогорске.



Как видно из рисунка 2 среди лиц, с которыми проводились судебно-медицинские экспертизы в 2009-2011г.г. преобладали лица мужского пола – 62,3% от общего количества проведенных экспертиз (8088 человек), лица женского пола составили 37,7% от общего количества проведенных экспертиз (4894 человека).

Изучение обстоятельств получения травмы (таблица 1), которые включали в себя травмы, полученные на производстве, на улице, в быту, в школе, при участии различных автотранспортных средств и все прочие виды обстоятельств, показало, что наибольшее количество травм было получено в быту (40,3% от

общего количества травм), затем шли травмы, полученные на улице (38,7% от общего количества травм) и травмы, полученные при участии различных автотранспортных средств (12,3% от общего количества травм). Травмы, полученные на производстве, составили 1,9% от общего количества травм, травмы, полученные в школе менее 1%.

Как известно, в ходе следственных мероприятий важное значение придается выяснению того, чем были нанесены телесные повреждения. Изучение полученных повреждений у живых лиц включало в себя повреждения, полученные от тупых травмирующих предметов, колюще-режущих предметов, огнестрельного оружия, ожогов, отравлений и травм, полученных при участии транспортных средств.

Рисунок 2. Количество обследованных лиц в зависимости от пола при проведении судебно-медицинских экспертиз в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц за 2009-2011г.г.

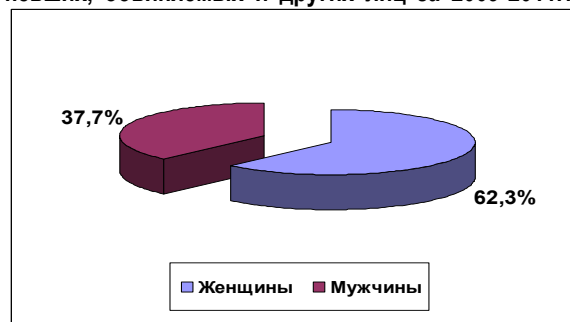


Таблица 1. Обстоятельства получения травм по результатам проведенных экспертиз в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011г.г. в г.Усть-Каменогорске.

Обстоятельства травмы	Всего	%
Бытовая	4349	40,3
Производственная	213	1,9
Уличная	4169	38,7
Школьная	101	0,9
Транспортная	1333	12,3
Прочая	641	5,9
Всего	10806	

Таблица 2. Виды повреждений по результатам проведенных экспертиз в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011г.г. в г.Усть-Каменогорске.

Виды повреждений	Всего	%
Тупыми предметами	8186	75,9
Колюще-режущими предметами	761	7,0
Огнестрельная травма	68	0,6
Ожоги	34	0,3
Транспортная травма	1333	12,3
Отравления	63	0,5
Прочие	361	3,4
Всего	10806	

Как видно из таблицы 2 75,9% повреждений были нанесены различными видами тупых предметов, 12,3% были нанесены при участии различных видов транспортных средств, повреждения колюще-режущими орудиями встречались у 7,0% получивших повреждения лиц, повреждения, полученные при помощи огнестрельного оружия, ожогов и отравлений составили соответственно 0,6%, 0,3% и 0,5% от общего числа травмированных лиц. Прочие виды повреждений отмечались у 3,4%.

Выводы:

- Среди лиц, с которыми проводились судебно-медицинские экспертизы в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц в ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК в 2009-2011г.г. по г.Усть-Каменогорску преобладали мужчины, которых было почти в 2 раза больше чем женщин (данные приводятся без учета половых преступлений).
- При оценке тяжести причиненного вреда здоровью, преобладает легкий вред здоровью
- Большинство травм происходит в быту или в уличной обстановке.

- Наиболее частым орудием травмы являются различного рода тупые предметы, на которые приходится $\frac{3}{4}$ причиненных повреждений, обследованных лицам, значительно меньшее количество повреждений причиняется с участием транспортных средств и колюще-режущими предметами, количество повреждений от огнестрельного оружия, ожогов, отравлений незначительно.

Литература:

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2004 года № 875/1 «Об утверждении Правил организации и производства судебно-медицинской экспертизы»
2. «Инструкции организации и производства судебно-медицинской экспертизы» №368 от 20.05.2010г.
3. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 16.07.1997 г. с изменениями и дополнениями
4. Уголовно-Процессуальный Кодекс Республики Казахстан от 13 декабря 1997 с изменениями и дополнениями
5. Тагаев Н.Н. Судебная медицина. – Харьков: Факт, 2003. – 1254с.

УДК 61:67.99 (2)

АНАЛИЗ РАБОТЫ СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОГО ФИЛИАЛА РГКП «ЦЕНТРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ» МЗ РК ЗА ПЕРИОД 2009-2011 ГГ

А.Д. Ожарова

Восточно-Казахстанский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Усть-Каменогорск

Тұжырым
2009-2011 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДА РМҚК «СОТ-МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ»
ШҚ ФИЛИАЛЫ СОТ-БИОЛОГИЯ БӨЛІМШЕСІНІҢ ЖҰМЫСЫН ТАЛДАУ
А.Д. Ожарова

Бұл мақалада 2009-2011 жылдар аралығында РМҚК «Сот-медицина орталығы» ШҚ филиалының сот-биология бөлімшесінде сот-медициналық сараптамаларға жүргізілген талдаудың деректері келтірілген.

Summary
THE ANALYSIS OF WORK OF JUDICIAL-BIOLOGICAL BRANCH
OF EAST KAZAKHSTAN BRANCH OF «CFM» OF MH RK FOR 2009-2011
A.D. Ozharova

In article the data of the analysis of the spent forensic medical examinations in judicial-biological branch of East Kazakhstan branch of «CFM» of MH RK for 2009-2011 is cited

Судебно-биологическое отделение является структурным подразделением Восточно-Казахстанского филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК.

Одним из источников доказательств в уголовном процессе являются вещественные доказательства, т.е. предметы, имеющие отношение к происшествию и помогающие раскрывать его обстоятельства.

В настоящее время в судебно-биологическом отделении ВКФ РГКП «ЦСМ» МЗ РК эксперты-биологи проводят исследования вещественных доказательств – объектов биологического происхождения, а именно:

- кровь и ее следы (исследование трупной крови, крови от живых лиц, исследование пятен крови на вещественных доказательствах и установление их видовой и групповой принадлежности);
- следы выделений (исследование спермы, влагалищных выделений, пота, желчи, слюны, следы мочи и других выделений человеческого организма, взятых у живых лиц, от трупов и в пятнах на вещественных доказательствах);
- исследуются кости, ногти, мышцы, частицы тканей и органов (от расчлененных частей тела, скелетированных трупов и отдельных костей, а также от трупов, подвергшихся гнилостным изменениям);
- экспертное исследование волос (подвергают исследованию волосы, взятые в качестве образцов от конкретного человека, сходные по групповой характеристике с волосами с места происшествия);
- проводятся цитологические экспертные исследования (исследуются изолированные клетки, частицы органов и тканей, кровь, выделения, т.е. сперма, влагалищное содержимое, слюна, кал).

Экспертное исследование проводят в следующей последовательности:

- изучение документов;
- осмотр упаковки и ее описание;
- осмотр и описание представленных предметов, объектов;
- определение наличия объектов биологического происхождения производят по ходу описания вещественного доказательства:

- под «объектом» исследования подразумевают одно пятно (крови, спермы и т.д.), подвергнутое какому-либо исследованию.

- под «предметом» исследования понимают каждую отдельную вещь (пиджак, брюки, кость и т.д.) или часть ее (поскут, соскоб и пр.), присланную в качестве вещественного доказательства; при судебно-медицинской экспертизе волос в понятие «предмет» входят: волосы, изъятые как вещественное доказательство из какого-нибудь одного определенного места, например из руки трупа, с одежды подозреваемого в преступлении лица и т.д., вне зависимости от количества волос.

- составление плана проведения исследования в соответствии с выявленными объектами и имеющимися методиками;

- определение видовой, групповой, половой принадлежности объектов с целью разрешения вопросов, поставленных органом дознания, следователем, прокурором, судьей или судом;

- составление выводов.

Цели исследования: изучить архивный материал и провести анализ проведенных судебно-медицинских экспертиз в судебно-биологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за период 2009-2011г.г. по Восточно-Казахстанской области.

Задачи исследования: выявить общие тенденции по результатам анализа проведенных экспертиз в судебно-биологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011 г.г.

Материалы и методы исследования: были изучены архивные материалы судебно-биологического отделения ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК с их последующей статистической обработкой и анализом.

За период с 2009 по 2011г.г. в судебно-биологическом отделении ВК филиала «ЦСМ» МЗ РК всего было выполнено 1167 судебно-биологических экспертиз, было проведено исследование 64191 объекта (данные представлены в таблице 1).

По результатам проведенного анализа статистических данных за период 2009-2011 годов (рисунок 1) наиболее частыми видами экспертиз, выполняемых в судебно-биологическом отделении были экспертизы крови и выделений, на долю которых приходилось 72,8% (851 экспертиза от общего количества проведенных экспертиз) и 19,8% (232 экспертизы от общего количества проведенных экспертиз), соответственно, другие виды экспертиз выполнялись значительно реже: так

на долю экспертизы волос приходилось 2,5% (29 экспертиз от общего количества проведенных экспертиз), на экспертизу клеток -2,8% (33 экспертизы от общего

количества проведенных экспертиз) и на экспертизу мышц и костей 1,9% (22 экспертизы от общего количества проведенных экспертиз).

Таблица 1. Объем выполненной работы в судебно-биологическом отделении ВК филиала «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011 гг.

Год	Количество проведенных экспертиз	Количество исследованных объектов
2009	360	21172
2010	409	21594
2011	398	21425
Всего	1167	64191

Рисунок 1. Структура проведенных экспертиз в судебно-биологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011 гг.

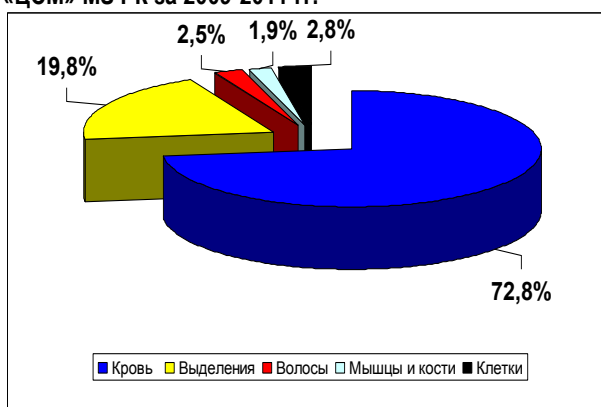


Рисунок 3. Структура исследованных предметов в судебно-биологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011 гг.

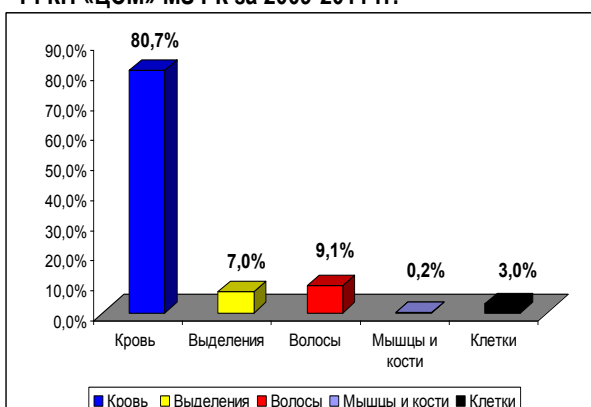
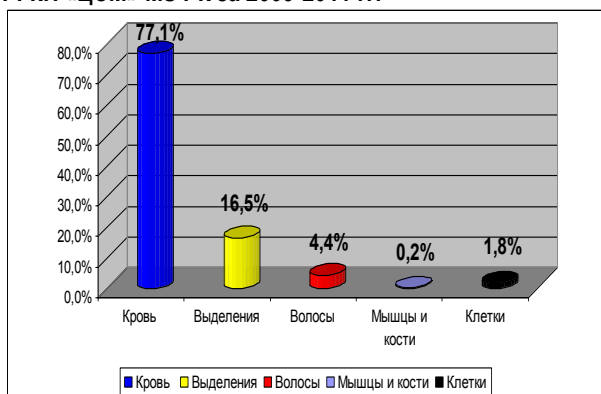


Рисунок 2. Структура исследованных объектов в судебно-биологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011 гг.

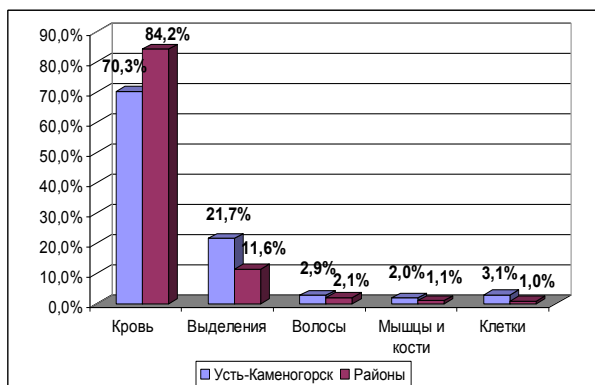


На рисунке 2 представлена структура объектов, которые подвергаются исследованиям в ходе проведения судебно-биологических экспертиз. Анализ рисунка показал значительное сходство числа исследуемых объектов с проводимыми экспертизами. Наибольшее количество объектов подверглось исследованию при производстве экспертиз связанных с кровью – 77,1% и с выделениями – 16,5% от общего числа объектов, при производстве других видов экспертиз было исследованного значительно меньшее число объектов – так объекты при экспертизе волос составили 4,4% , при экспертизе клеток – 1,8%, при исследовании мышц и костей всего – 0,2%.

При исследовании предметов (структура предметов представлена на рисунке 3), так же наибольший удельный вес занимали экспертизы с изучением крови – 80,7%, за ними шли экспертизы волос и выделений 9,1% и 7,0% соответственно, на долю экспертиз клеток, а так же мышц и костей пришлось по 0,2% и 3,0% соответственно.

Затем нами был проведен сравнительный анализ количества проведенных экспертиз, назначенных следственными органами г. Усть-Каменогорска и следственными органами районов, входящих в состав области за период 2009-2011гг. За указанный период времени всего было проведено 622 экспертизы (53,3% от общего количества проведенных экспертиз), назначенных следователями г.Усть-Каменогорска и 545 экспертиз (46,7% от общего количества проведенных экспертиз) было выполнено из районов области. Данные сравнительного анализа, проведенных экспертиз, назначенных следственными органами г. Усть-Каменогорска и следственными органами районов, входящих в состав области представлены на рисунке 4. Как видно из данного рисунка, структура экспертиз по г. Усть-Каменогорску выглядела следующим образом: наибольший процент экспертиз был связан с экспертизами крови – 70,3% в общей структуре проведенных экспертиз, затем шли экспертизы выделений – 21,7%, экспертиза клеток – 3,1%, экспертиза волос – 2,9% и наименьшее число проведенных экспертиз было связано с экспертизой мышц и костей – 2,0%. Структура проведенных экспертиз по области выглядела следующим образом: наибольшее число экспертиз так же, как и по г. Усть-Каменогорску пришлось на экспертизу крови – 84,2% от общего количества проведенных экспертиз, на экспертизы выделений – 11,6%, на экспертизы волос – 2,1%, на экспертизы мышц и костей – 1,1% и наименьшее количество пришлось на экспертизы клеток – 1%. Таким образом, из районов области по сравнению с г.Усть-Каменогорском в судебно-биологическое отделение направляется гораздо больше экспертиз по исследованию крови (на 13,9% больше), при этом меньше направляется экспертиз, связанных с исследованиями выделений, клеток, мышц, костей и волос (почти в 2 раза меньше показателей г.Усть-Каменогорска).

Рисунок 4. Сравнительная структура проведенных экспертиз по г.Усть-Каменогорску и районам области в судебно-биологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011 гг.



Выводы:

- Среди экспертиз, которые проводились в судебно-биологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК в 2009-2011 гг., значительно преобладали экспертизы, связанные с исследованием крови, на долю которых пришлось 72,8% от общего количества проведенных экспертиз.
- Наибольшее количество исследованных объектов и предметов в судебно-биологическом отделении

ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК в 2009-2011гг. так же было связано с исследованием крови, на долю которых пришлось более 2/3 от общего количества исследованных объектов и предметов.

- В сравнении с г. Усть-Каменогорском из районов области значительно больше направляется экспертиз, связанных с исследованием крови и значительно реже направляются экспертизы, связанные с остальными видами исследований.

Литература:

1. Томилин В.В. "Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств" М:1990г.,
2. «Инструкции организации и производства судебно-медицинской экспертизы» №368 от 20.05.2010г.
3. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 16.07.1997 г. с изменениями и дополнениями
4. Уголовно-Процессуальный Кодекс Республики Казахстан от 13 декабря 1997 с изменениями и дополнениями
5. Томилин В.В. Судебная медицина. Учебник для вузов. М. Издательство НОРМА. 2003.
6. Тагаев Н.Н. Судебная медицина. – Харьков: Факт, 2003. – 1254с.
7. Попов В. Л. Судебная медицина. Практикум. СПб. Москва - Харьков - Минск. 2001.

УДК 343.81

ПОНЯТИЕ И ОБЩАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Б.А. Жетписбаев, Д.К. Нурмуқанов, О.З. Ильдербаев, А.Ш. Кыдырмолдина

Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

Статья представлена для ознакомления врачей и среднего медицинского персонала с понятиями и общей и классификацией заключенных в исправительных учреждениях. В условиях заключения медицинское обслуживание приобретает особую важность, со всей очевидностью отражая ту степень гуманности и заботы, которая характерна для самой природы пенитенциарной системы.

Ключевые слова осужденный, классификация, пенитенциарной системы.

Тұжырым

ТҮЗЕТУ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ ҚАМАЛҒАНДАРДЫҢ ЖАЛПЫ ЖІКТЕЛУІ ЖӘНЕ ҰҒЫМДАРЫ

Б.А. Жетпісбаев, Д.К. Нұрмұқанов, О.З. Ильдербаев, А.Ш. Қыдырмолдина

Мақала дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлерді түзету мекемелерінде қамалғандардың жалпы жіктелуі және ұғымдарымен таныстыру үшін ұсынылған. Қамау жағдайында медициналық қызмет көрсету пенитенциарлық жүйенің табиғатына тән адамгершілік пен қамқорлық дәрежесін бар айқынддықпен көрсете отырып, ерекше маңызға ие болады.

Түйінді сөздер сотталған, жіктеу, пенитенциарлық жүйе

Summary

CONCEPTIONS AND GENERAL CLASSIFICATION OF PRISONERS IN CORRECTIONAL FACILITIES

B.A. Zhetpisbayev, D.K. Nurmukanov, O.Z. Ilderbayev, A.Sh. Kydyrmoldina

The paper is presented for acquainting doctors and low-grade medical workers with the conceptions and general classification of prisoners in correctional facilities. Under the conditions of imprisonment medical service acquires special significance, with all due obviousness showing that degree of humanity and care which is typical to the nature of penal system itself.

Key words convict, classification, penal system.

Классификация осужденных (заключенных) - это их разделение на относительно однородные группы в соответствии с избранными критериями и целями исполнения наказания. Классификация осужденных к лишению свободы ведет к дифференцированному размещению относительно однородных групп осужденных, к их отдельному содержанию в учреждениях, исполняющих наказание, влияет на внутреннюю структуру учреждений [1].

В соответствии с принятыми ООН «Минимальными стандартами обращения с заключенными, различные категории заключенных должны содержаться в отдельных заведениях или в разных частях одного и того же заведения с учетом их пола, возраста, предшествующих судимостей, юридических причин заключения и предписанного обращения с ними» [2].

Отвечая целям исполнения наказания, классификация осужденных имеет собственные задачи:

- необходимость исключения или ослабления разлагающего влияния наиболее отрицательной части осужденных на иных лиц, отбывающих лишение свободы;
- дифференцированное применение карательно-воспитательного воздействия к отдельным категориям лиц, совершивших преступления.

К дополнительным задачам классификации осужденных следует отнести также дифференциацию средств обеспечения жизнедеятельности осужденных, их медико-санитарного обеспечения, соблюдение санитарно-эпидемиологических и санитарно-гигиенических требований.

Основания классификации осужденных разделяются на фактические и юридические.

Фактические [3]:

- социально - демографические: пол, возраст, состояние здоровья, наличие у женщины малолетних детей, гражданство, и т.п.;
- уголовно-правовые: характер и степень общественной опасности совершенного преступления, срок наказания, наличие судимости;
- уголовно-исполнительные (исправительно-трудовые), связанные в первую очередь с поведением осужденного в период отбывания наказания.

Классификационные критерии получают отражение в законе и подзаконных актах. Вместе с тем классификация осужденных является многоступенчатой и в дальнейшем углубляется на основе норм уголовного законодательства, подзаконных нормативных актов.

В соответствии с предписаниями уголовного закона осужденные к лишению свободы совершеннолетние мужчины направляются [4]:

- в ИТК (исправительно-трудовые колонии) - поселения для лиц, совершивших преступления по неосторожности;
- в ИТК - общего режима, впервые осужденные;
- в ИТК - строгого режима, впервые осужденным к лишению свободы за особо тяжкие преступления;
- в ИТК - особого режима, при особо опасном рецидиве, а также осужденным пожизненно.
- Осуждаемым к лишению свободы совершеннолетним женщинам отбывание наказания назначается в том же соответствии? как и мужчинам.

Отбывание наказания в воспитательно-трудовых колониях назначается:

- несовершеннолетним мужского пола, осуждаемым впервые к лишению свободы, а также несовершеннолетним женского пола - в колониях общего режима;

- несовершеннолетним мужского пола, ранее отбывавшим лишение свободы, в колониях усиленного режима.

Общие правила раздельного содержания осужденных изложены в законодательстве Казахстана:

- в исправительных учреждениях устанавливается раздельное содержание осужденных к лишению свободы мужчин и женщин, несовершеннолетних и взрослых;
- лица, впервые осужденные к лишению свободы, содержатся отдельно от осужденных, ранее отбывавших лишение свободы.

В одном исправительном учреждении могут раздельно содержаться женщины, впервые осужденные к лишению свободы и ранее отбывавшие это наказание.

Изолировано от других осужденных, а также раздельно содержатся:

- осужденные при особо опасном рецидиве преступлений,
- осужденные к пожизненному лишению свободы,
- осужденные, которым смертная казнь заменена в порядке помилования лишением свободы на определенный срок;
- в отдельных исправительных учреждениях содержатся осужденные - бывшие работники судов и правоохранительных органов;
- установленные уголовным законодательством требования раздельного содержания осужденных не распространяется на лечебные исправительные учреждения, а также на исправительные колонии, при которых имеются дома ребенка;
- осужденные, больные инфекционными заболеваниями, содержатся раздельно.

Место отбывания лишения свободы имеет весьма существенное значение, и не только для осужденного. Отбывание лишения свободы по возможности ближе к месту жительства облегчает позитивные социальные связи осужденных с родственниками и иными лицами, сокращает сложности их трудового и бытового устройства после освобождения. В связи с чем в законодательстве Казахстана четко оговорено:

- осужденные к лишению свободы отбывают наказание в исправительных учреждениях в пределах региона, в котором они проживали или были осуждены. В исключительных случаях осужденные могут быть направлены в соответствующее исправительное учреждение, расположенное на территории другого субъекта;
- при отсутствии по месту жительства или по месту осуждения исправительного учреждения;
- осужденные при особо опасном рецидиве преступлений, осужденные к пожизненному лишению свободы, смертная казнь заменена лишением свободы, осужденные женщины, несовершеннолетние осужденные, а также осужденные иностранные граждане направляются для отбывания наказания по месту нахождения соответствующих исправительных учреждений.

Осужденные к лишению свободы направляются для отбывания наказания не позднее 10 дней со дня получения администрацией следственного изолятора извещения о вступлении приговора суда в законную силу [5].

Направление осужденных - иностранных граждан для отбывания наказания за пределы страны, а также принятие в казахстанские ИУ осужденных - граждан из-за ее пределов осуществляется на основании международных соглашений. Это, прежде всего Конвенция

1979 г. "О передаче лиц, осужденных к лишению свободы, для отбывания наказания в государстве, гражданином которого они являются".

Уголовное законодательство устанавливает, что [4]:

- осужденные перемещаются из одного места отбывания наказания в другое под конвоем:

- перемещение осужденных под конвоем осуществляется с соблюдением правил раздельного содержания мужчин и женщин, несовершеннолетних и взрослых.

Осужденные, больные открытой формой туберкулеза или не прошедшие полного курса лечения венерического заболевания, осужденные, страдающие психическими расстройствами, но не исключаемыми вменяемости, ВИЧ - инфицированные осужденные перемещаются раздельно и отдельно от здоровых осужденных, а при необходимости по заключению врача - в сопровождении медицинских работников.

Прибывшие в ИУ осужденные подвергаются полному обыску и после прохождения медицинского осмотра и санитарной обработки размещаются в карантинном помещении ИТК, ВТК на срок до 15 суток. В тюрьмах - в специальных камерах на срок не более суток. При этом они знакомятся с их правами и обязанностями.

Решение о распределении осужденных по отрядам, о привлечении их к труду, принимаются комиссией ИУ с учетом личности осужденного. В соответствии уголовным законодательством администрация ИУ немедленно извещает суд, постановивший приговор, о приведении его в исполнение и о месте отбывания наказания осужденным.

Режим содержания таких осужденных в СИЗО или тюрьме определяется правилами, установленными для ИК общего режима. Осужденные, оставленные для работ по хозяйственному обслуживанию, проживают в незакрытых камерах и, как правило, в отдельном блоке СИЗО (тюрьмы). Если они работают в закрытых помещениях, то пользуются ежедневной 2-х часовой прогулкой [4]

Осужденный к лишению свободы должен отбывать весь срок наказания, как правило, в одной исправительно-трудовой колонии, тюрьме или воспитательно-трудовой колонии.

Допускаются исключения, связанные переводом осужденного для дальнейшего отбывания наказания из одного ИУ в другое.

Перевод осужденного для дальнейшего отбывания наказания из одной колонии в другую допускается в случае его болезни, при существенном изменении объема выполняемой работы осужденным, а также при наличии иных исключительных обстоятельств, препятствующих дальнейшему содержанию осужденного в данной колонии или тюрьме.

Таковыми обстоятельствами в частности, являются: реорганизация, ликвидация ИУ либо изменение его вида; необходимость разобщения осужденных, проходивших по одному уголовному делу в качестве подсудимых, свидетелей, потерпевших, обеспечение безопасности осужденных, предотвращение конфликтных ситуаций между осужденными, приближение места отбывания лишения свободы к месту проживания близких родственников осужденного.

Перевод осужденных из одних ИУ в другие осу-

ществляется по согласованию между соответствующими органами управления, распоряжением органа управления, давшего согласие на прием осужденного в подведомственное учреждение. Другой вид перевода осужденных связан с изменением вида режима отбывания наказания производится только судом.

При распределении заключенных по различным пенитенциарным учреждениям принимаются во внимание: правовое положение заключенного, определяемое судом или законом (осужденный впервые или рецидивист, приговоренный к краткому или длительному сроку лишения свободы), особые требования исправительного воздействия, состояние здоровья, пол и возраст.

Мужчины и женщины, как правило, содержатся раздельно, хотя они и могут совместно участвовать в организованной деятельности, включенной в утвержденную для них программу исправительного воздействия.

Молодые заключенные должны содержаться в условиях, максимально защищающих их от вредных влияний и учитывающих потребности их возраста.

Можно также утверждать, что целями первичной и повторной классификации заключенных являются:

а) отделить заключенных, которых, в силу их уголовного прошлого или личных качеств, а также тех, кто может оказать пагубное влияние на других заключенных;

б) разместить заключенных таким образом, чтобы облегчить исправительное воздействие и их социальную реадaptацию и безопасность.

Помещения, в которых содержатся заключенные, и в частности спальные места должны удовлетворять требованиям санитарии и гигиены с должным учетом климатических условий, освещения, отопления и вентиляции.

Медицинское обслуживание в пенитенциарных учреждениях должно быть доступно и организовано на уровне, сравнимом по качеству с существующим в обществе. В условиях заключения это приобретает особую важность, со всей очевидностью отражая ту степень гуманности и заботы, которая характерна для самой природы пенитенциарной системы [6].

Литература:

1. Голубев В.П., Кудряков Ю.Н., Шамис А.В. Типология осужденных за насильственные преступления. - М.: ВНИИ МВД России, 1985. - 52 с.

2. Дебольский М.Г. Психологическая служба в уголовно-исправительной системе. // Преступление и наказание. - 1995. - №4. - С. 58-61.

3. Еникеев М.И. Юридическая психология. Учебник для вузов. - М.: НОРМА - Изд. группа НОРМА - ИНФРА-М, 2000. - 517 с.

4. Уголовный Кодекс Республики Казахстан от 16 июля 1997 г. / Закон Республики Казахстан №167-1.

5. Приказ Министерства Юстиции Республики Казахстан №145 от 14.05.2002.

6. Ушатиков А.И. Психологическая поддержка осужденных (заключенных) в местах лишения свободы // Наказание: законность, справедливость, гуманизм / Материалы международной научно-практической конференции. - Рязань: РВШ МВД РФ, 1994. - С.127-132.

УДК 616.314

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ¹Л.М. Садвокасова, ²В.Ю. Купреев, ³С.А. Губин

Государственный медицинский университет города Семей¹, Стоматологический кабинет «Vitadent», г. Семей², студент 501 гр. стоматологического факультета Государственного медицинского университета города Семей³

Дентальная имплантология – в настоящее время самый передовой метод протезирования зубов. Зубная имплантация считается относительно новым разделом в стоматологии, благодаря которой возможно восстановление зубочелюстной системы.

Дентальная имплантология формируется как наука на стыке ортопедии, хирургии, биологии и материаловедения.

За счет совершенствования современных технологий искусственные зубы выглядят как естественные. Ранее восстанавливали только функцию жевания. Например, считается, что у Джорджа Вашингтона, был деревянный зуб, хотя это практически невозможно, т.к. разрушающее действие слюны со временем превратило бы его в кашу. Согласно литературным данным, первые искусственные зубы президента были взяты из различных источников, включая трупы животных и людей. Так же, в древних цивилизациях, для восстановления функции зубочелюстного аппарата, использовались: камни, кости слона и других животных. В современном мире человек кроме восстановления функции, немаловажное значение придает эстетическому виду, который приближен к естественным [1,2,3,4,5,6].

Этапы развития дентальной имплантации можно разделить на следующие периоды:

Античный период

Имеются сведения прообразов внутрикостных дентальных имплантатов из алло- и ксенотокаина, а так же из аллопластических и неорганических материалов встречаются в медицине Месопотамии и племен Майя задолго до новой эры.

В Африке, Америке были первые попытки трансплантации зубов животных. В Древнем Египте перед захоронением восстанавливали отсутствующие зубы. Рентгенологическое исследование черепа показывает хорошую адаптацию кости вокруг "искусственного корня", т.е. работа выполнялась с исключительной точностью.

При археологических раскопках на территории Гондураса, был выкопан "черный камень", служивший человеку заменой нижнего левого бокового резца. В качестве доказательства прижизненной установки этого имплантата, принимают во внимание тот факт, что количество зубного камня, покрывающие рядом стоящие зубы, такое же. Эта археологическая находка, в настоящее время демонстрируется в числе экспонатов музея Гарвардского университета [7,8,9].

Средневековый период

Характеризуется пересадкой зуба от одного человека к другому. Зубы бедных пересаживали богатым. Такие операции осуществляли цирюльники. А в 1774 г. во Франции, стоматолог и фармацевт, спекли зубы из фарфора.

Фундаментальный период (с 1800 г.)

Осуществилась внутрикостная дентальная имплантация. Использовались различные металлы, фарфор, золото. В 1808 г. итальянский стоматолог установил первый единичный керамический зуб, на платиновом штифте. С созданием вулканизированной резины, в 1839 г. стоматологи, стали использовать её для удер-

жания искусственного зуба. В 1888 г. ученым Берри были разработаны принципы биосовместимости [10,11,12].

В 1891 году Hartmann начал говорить о расширении показаний для имплантации и предложил соединять корнеподобные имплантаты с искусственными коронками посредством винтового соединения.

В этих разработках, складывался подход к более прогрессивному, несъемному, зубному протезированию. Несмотря на это, процент осложненной дентальной имплантации был очень высоким, и поэтому, многие врачи считали этот метод лечения бесперспективным. Подтверждением негативного отношения к дентальной имплантации и, в целом, к протезированию, стало высказывание Хантера (Hanter) в 1911 году: "Мавзолеи из золота, стоящие на куче сепсиса" [13,14,15].

Несмотря на негативное отношение и критические высказывания, дентальная имплантология получила свое развитие, с последующей разработкой хирургических и ортопедических этапов. Зубопротезирование становилось более организованным, за счет новых возможностей, которые обеспечивались успехами быстро развивающейся хирургии зубов, присоединением этой частной хирургической дисциплины к зубо-врачебной практике, привнося в нее общехирургические достижения по предотвращению инфекционных осложнений на основе принципов асептики и антисептики, разработанных Partsch, которого называют «человеком, вложившим скальпель в руки дантистов».

Таким образом, уже в других условиях, в рамках полноправной медицинской дисциплины - стоматологии, открывается перспектива дальнейшего развития имплантологии [16,17,18,19].

Зубная имплантация в XX веке

В современное время, в имплантологии начали активно искать подходящий материал для изготовления имплантатов, который как можно меньше давал осложнений, не отторгался организмом, был более прост в изготовлении и установке. Прообразом современного винтового имплантата относят конструкции американских врачей R. Adams и A. Strock. Ими были описаны первые успешные результаты дентальной имплантологии. Они предложили имплантаты из "виталлиума" (хирургического сплава кобальта, хрома и молибдена), с винтовой нарезкой [20,21].

Конструкция R. Adams (1937), напоминает вид сегодняшнего имплантата: гладкое основание, запорный винт, ставившийся в тело имплантата на период его приживления, и опорная головка с винтовой резьбой для последующей фиксации протеза. A. Strock (1938) установил винтообразный имплантат из "виталлиума" в лунку верхнего левого резца сразу после его удаления. Эта конструкция функционировала у пациента 15 лет. В 1946 году A. Strock изобрел двухэтапный имплантат: его внутрикостная часть внедрялась под слизистую оболочку, а внекостная (супраструктура) - фиксировалась к ней после полного заживления тканей послеоперационной области спустя несколько месяцев. Клинические и гистологические исследования, показали неподвижность имплантатов в кости. Его методика применялась до

1990-ых годов, и продолжала широко использоваться [22,23,24].

В 1940 году, R. Bothe с соавт. в своей работе «Реакции тканевой организмы на металлы», опубликовали материал о костном сращении с поверхностью титанового имплантата. Но эти данные оценили только спустя 15 лет.

В тоже время проводились исследования по биомеханике, морфогенезу и физиологии при лечении с помощью имплантатов.

U. Paskialini и G. Murratori была разработана полая винтовая конструкция.

Шло время, все больше изучались характеры соединения кости с имплантатом, и больше акцента уделялось биоинертности материала. Попытки повторить соединение импланта и зуба по типу периодонтального, но это было безуспешно, т.к. никакой материал, не мог соединиться с костью подобно тому же, как корень зуба в альвеоле.

В 60-х годах в Европе и Америке продолжались изучение и разработка имплантатов в форме корня зуба, как винтовых, так и цилиндрических. Работы описанные A. Stock для имплантатов из виталлиума и R. Bothe для титановых имплантатов, в начале 50-х годов, стали центром внимания для изучения P. Branemark и его группе.

С 1952 г. создали теорию остеоинтеграции, на основе изучения костного мозга в малоберцовой кости кролика *in situ* под микроскопом. За долгий период наблюдения, методом прижизненной микроскопии этих тканей, использовались имплантированная титановая камера с титановой системой для просвечивания тонкого слоя первичной или вторичной ткани. Изучения данной концепции, закончились в 60-ых годах, они отображали возможность истинной остеоинтеграции в костной ткани: титановая камера "вросла" в кость, а кость срослась в соответствии с микрорельефом титана.

После этих изучений, остеоинтеграцию, стали учитывать как основу фиксации и возможной нагрузки при имплантации. Были частично сформулированы правила введения импланта: чистота поверхности, стерильность, атравматичность, конгруэнтность костного ложа внутрикостной части (первичного элемента) имплантата, период отсутствия нагрузки [25,26].

В результате долгих исследований, в 1965 г., был установлен первый в мире внутрикостный дентальный имплантант, в соответствии с правилами остеоинтеграции. P. Branemark создал имплант из титана, состоящий из: внутрикостной (винта с метрической резьбой), промежуточной (трансмукозной) и внекостной (супраструктура или вторичный элемент) частей вместе с фиксирующим винтом.

С 1965 по 1980 г. на основании клинических исследований, имплантаты предложенные P. Branemark, приживались в 93% случаев. Остеоинтеграция является новой эрой в дентальной имплантации. L. Linkow считал, что стоматология достигла "золотого возраста".

Большой вклад в изучение и развитие дентальной имплантации XX века сделали: P. Branemark, L. Linkow, H. Tatum, Ch. Babush, J. Hahn, M. Block, J. Kent, Ch. Weiss, C. Misch, N. Spiekermann, D. Buser, A. Cranin, P. Ledermann, A. Kirsch, P. Worthington и многие другие исследователи. Благодаря их изучением, дентальная имплантация вышла на новый, современный уровень, которые открыли новые перспективы в развитии стоматологии [27,28].

Развитие советской и российской имплантологии

Отечественная имплантология в своем развитии заметно отставала от зарубежной. Экспериментальные и клинические исследования российского имплантолога

приват-доцента Н. Знаменского, посвященные имплантации искусственных зубов из аллопластических материалов в участки челюстей с восстановившейся костной тканью, о которых он доложил в 1891 году на IV Пироговском съезде и которые имели большое значение для становления мировой имплантологии, остались без последователей. Только в середине XX века И. Г. Елисеев и Э. Я. Варес возобновили исследования в области имплантологии.

Основой изучения зубной имплантации следует считать экспериментальные данные В.Г. Елисеева, Э.Я. Вареса, которые гистологически проследили тканевое соединение имплантата в кости челюсти. Поставленный в альвеолу удаленного зуба имплантант (имплантант) соединялся с костью фиброзной тканью, которая также вращалась в сформированные каналы в корневой части, и в отдельных местах отмечалось ее преобразование в кость. В 1954 г. по поручению проф. А.И. Евдокимова Э.Я. Варес установил у пациентки пластмассовый имплантант (имплантант) при утрате верхнего центрального резца. Имплантант имел форму корня зуба, а в корневой части — поперечные каналы, в которые должны были вращаться волокна периодонта и соединительная ткань. Однако уже на раннем этапе вживления пластмассовой конструкции была отмечена так называемая проблема "кармана". Впоследствии подвижность имплантата стала возрастать, возникли деструктивные изменения кости альвеолы и его пришлось удалить. Именно эта неудача, связанная с токсичностью материала, вызвала критику авторитетных ученых и отодвинула на многие годы дальнейшие работы отечественных ученых в области имплантации зубов.

В 1955 году первым в Советском Союзе Э. Я. Варес выполнил диссертационную работу, посвященную использованию имплантатов из полиметилметакрилата.

Несмотря на отрицательные результаты это исследование стало базовым для изучения других имплантационных материалов. В 1956 году С. П. Мудрый защитил диссертацию, в которой объектом исследования стали внутрикостные имплантаты из плексигласа. Далее последовал официальный запрет на исследования в области дентальной имплантологии и только на Ташкентском съезде стоматологов в 1981 году было признано отставание советской стоматологии по имплантологии. В 1986 вышел приказ МЗ СССР "О мерах по внедрению в практику метода ортопедического лечения с использованием имплантатов". Начались комплексные исследования, появились новые структуры - специализированные лаборатории, отделения и кабинеты; стали внедряться в клиническую практику первые отечественные имплантаты и инструменты [29].

В 80-х годах в СССР, а с 1991 г. в России были созданы имплантаты в форме корня зуба. Первыми разработчиками российских имплантатов в форме корня зуба стали М.З. Миргазизов и соавт., В.Э. Гюнтер, В.Э. Гюнтер и соавт., В.И. Итин и соавт. В последующие годы появились новые модификации, клиническое применение которых было положительно оценено многими авторами.

К 2000 г. в России широкое применение получили отечественные имплантаты "ВНИИМТ", "Конмет", "Плазма Поволжья", "ЛИКО", "Дивадент".

В настоящее время наиболее часто используются внутрикостные титановые имплантаты - 98% от общего количества существующих стоматологических имплантатов. По данным Европейского рынка, к 2001 г. внутрикостные имплантаты составляли 98% от всех видов зубных конструкций. В свою очередь 95% всего количества внутрикостных имплантатов составляют т.е., кото-

рые в большей или меньшей степени воспроизводят форму корня зуба и имеют конусообразную или цилиндрическую форму с резьбой или без нее. Внутрикостные имплантаты изготавливаются из промышленного чистого титана или титановых сплавов. Поверхность внутрикостной части имплантатов подвергается обработке тем или иным способом - от обычного механического воздействия до сложного модифицирующего влияния, направленного на достижение химической чистоты поверхности и увеличение площади ее контакта с костью [30].

Одним из новых направлений в имплантологии является упрощение хирургических действий при установлении имплантатов и разработка временных конструкций — самонарезных винтовых имплантатов и миниимплантатов. Последние, ставят как временные между основными имплантатами. Это позволяет на базе временных самонарезных имплантатов конструировать зубные протезы, обеспечивающие как функциональный, так и эстетический эффект до вскрытия постоянных конструкций [31].

Опыт зубной имплантации во всех ее аспектах продолжает накапливаться и критически оцениваться. В то же время все более очевидно, что успех имплантационного лечения связан с функциональным состоянием организма, учетом его особенностей и необходимостью стимуляции защитных реакций для приживания имплантатов. От хирургов-стоматологов и специалистов ортопедической стоматологии теперь, как никогда раньше, требуется прочное знание общей терапии для правильного отбора, предимплантационной оценки, подготовки и лечения больных [32].

Современную имплантологическую практику характеризуют научно обоснованные принципы, которые были выработаны в ходе согласительных конференций, посвященных проблемам использования имплантатов.

Литература:

1. Дагуева М.В. Клинико-экспериментальное обоснование непосредственной дентальной имплантации при включенных дефектах зубных рядов / Дагуева М.В. // Автореф. диссканд. мед.наук. Ставрополь, 2011. - 76 с.
2. Бекренев Н.В. Применение имплантатов в стоматологии / Н.В. Бекренев
3. Бекренев С.Г., Калганова Л.А., Верещагина С.А., Обыденная В.Н., Лясников // Новое в стоматологии. 1995. - №2, Спец. вып. - С. 19-22.
4. Вураки К.А. Имплантация искусственных зубов в России (исторический очерк) / К.А. Вураки, А.В. Васильев, А.А. Несмеянов // Новое в стоматологии. - 1993. №3, Спец. вып. - С.7-18.
5. Иванов, С.Ю. Стоматологическая имплантология / С.Ю. Иванов, А.Ф.
6. Бизяев, М.В. Ломакин и др. // Уч. пособие. М., 2000. - 63 с.
7. Иванов С.Ю. Монография «Стоматологическая имплантология» / С.Ю. Иванов, Э.А. Базилян, А.Ф. Бизяев и др. (под ред. Иванова С.Ю.) Изд. «Гэотар медицина». 2004. -340 с.
8. Кулаков А.А. Непосредственная имплантация и нагрузки в дентальной имплантологии / А.А. Кулаков, Ж.А. Ашуев // «Алфавит стоматологии». - №2-3 2006. С.4-6.
9. Кулаков О.Б. Особенности одномоментной дентальной имплантации / О.Б. Кулаков //Институт стоматологии. — 2003. №1(18). - С.115-116.
10. Стоматология», 2004, №1-С 23-50.
11. Матвеева А.И. Состояние имплантологии в России и пути ее развития / А.И. Матвеева, М.З. Миргазизов, Т.Г. Робустова, В.Н. Олесова //Проблемы стоматологии и нейростоматологии. 1999. - №2. - С.4-6.
12. Моратории Д. Свойства двухэтапных и одноэтапных имплантатов / Д. Моратории //Новое в стоматологии. 1996. - №2. - С.36-38.
13. Мушеев И.У. Практическая дентальная имплантология / И.У. Мушеев, В.Н. Олесова О.З. Фрамович // Парадиз, 2000. - 266 с.
14. Никитин А.А. Перспективы применения методики дентальной имплантации в челюстно-лицевой хирургии / А.А. Никитин, В.И. Пьянзин //Российский стоматолог, журн. 2000. - №2. - С.38-40.
15. Никольский В.Ю. Ранняя и отсроченная дентальная имплантация / В.Ю. Никольский // Автореф. дисс. докт. мед.наук. Самара, 2007. - 34 с.
16. Параскевич В.Л. Дентальная имплантация. Итоги века / В Л. Параскевич //Новое в стоматологии. -2000. - №8, Спец. вып. С.7-15.
17. Параскевич В.Л. Дентальная имплантация / В.Л. Параскевич //Новое в стоматологии. -2006. №10. - С.48-59.
18. Суров О.Н. Применение имплантатов в стоматологии / О.Н. Суров, А.С. Черникис, В.М. Безруков и др. Практ. рекомендации. М., 1986. -15 с.
19. Суров О.Н. Актуалии стоматологической имплантологии / О.Н. Суров // Новое в стоматологии. 1998а. - №3, Спец. Вып. – С.9-13.
20. Ушаков А.И. Стоматологическая имплантация: Современное состояние проблемы / А.И. Ушаков, Н.О. Елизарова, Т.М. Ушакова // Международный мед.журнал. 1998. - №3.- С.250-252.
21. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология.– М.: ООО «Медико-информационное агентство», 2006. – 400 с.
22. Никольский В.Ю., Федяев И.М. Дентальная имплантология: учебно-методическое пособие. – М.: ООО «Медико-информационное агентство», 2007. – 168 с.
- 23.Руководство по дентальной имплантологии / Хоббек Джон А., Уотсон Роджер М. Пер. с англ. – М.: МЕД-Пресс-информ, 2007. – 224 с.
24. Carlsson G.E. Functional response / G.E. Carlsson, T. Haraldson // Tissue integrated prostheses: osseointegration in clinical dentistry 1985. -P.155-163.
25. Chen Y. Management of a patient with severe mandibular atrophy. A case study using inferior cadaver graft / Y. Chen, B. Lambert, S. Aziz, H. Israel //Col. Dent. Rev. 1997. - Vol.2. - P.15-17.
26. Cranin A.N. Atlas of oral implantology / A.N. Cranin, M. Klein, A. Simons // New York: Theme Med. Publ., 1993. - 342 p.
27. Liang H. Cross-sectional presurgical implant imaging using tuned aperture computed tomography (TACT) / H. Liang, D.A. Tyndall, J.B. Ludlow, L.A. Lang // DentomaxillofacRadiol 1999;28:232-7.
28. Misch C.E. Contemporary implant dentistry / C.E. Misch // St. Louis etc.: Mosby, 1999. 684 p.
29. Misch C.E. Classification of partially edentulous arches for implant dentistry / C.E. Misch K.W. Judy //Int. J. Oral Implant. 1987. - Vol.4. - P.7-12.
30. Misch L.S. Denture satisfaction: a patient perspective / L.S. Misch, C.E. Misch //Int. J. Oral Implantol. 1991. - Vol.7 - P.43-48.
31. Schwatz Z. Ability of deproteinized cancellous bovine bone to induce newbone formation / Z. Schwatz, T. Weesner, S. Dijk // J. Periodontol. -2000. -Vol.71. -P.1258-1269.
32. Prosth. Dent. 1998.-Vol.79.-P.56-59.

УДК 616.314-77-08

ОБЪЁМНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ БАЗИСА ПОЛНОГО СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

В.И. Лукьяненко

ТОО «Стоматологический центр», г. Усть-Каменогорск

Резюме

Объёмное моделирование базиса полного съёмного протеза при неблагоприятных клинических условиях сокращает сроки привыкания к протезу, уменьшает травматизацию протезного ложа, улучшает фиксацию протеза, и что самое важное позволяет использовать протезы по их главному назначению - восстановлению функции жевания, речи и красивой здоровой улыбки!

Тұжырым

ТОЛЫҚ АЛМАЛЫ-САЛМАЛЫ ПРОТЕЗДІҢ БАЗИСЫНЫҢ КӨЛЕМДІ МОДЕЛЬДЕУІ ҚАТАЛ КЛИНИКАЛЫҚ ШАРТТАРДА

В.И. Лукьяненко

Толық алмалы-салмалы протездің базисының көлемді модельдеуі қатал клиникалық шарттарда машықтанудың мерзімдерін көп уақытқа қысқартады, протез төсегінің травматизациясын азайтады, протездің тіркелімін жақсартады, және протездің ең маңызды да басты мақсаты - шайнау, сөз сөйлеу және әдемі аман күлімісіреу қызметін қалпына келтіреді.

Summary

A VOLUME MODELING OF THE BASIS OF COMPLETE DENTURE AT UNFAVORABLE CLINICAL CONDITIONS

V.I. Lukyanenko

A volume modeling of the basis of complete denture limits time of adaptation to prosthesis at unfavorable clinical conditions, decreases trauma of prosthetic hole, improves fixation of a prosthesis, and the most important, it allows to use prostheses on their main administration- the restoration of chewing function, speech and nice and healthy smile!

Актуальность: Очень часто стоматолог-ортопед сталкивается с не решённой задачей протезирования полными съёмными пластиночными протезами, когда протез фиксируется крайне неудовлетворительно, и его приходится корректировать в несколько посещений и даже тогда не получается, добиться успеха в адгезии протеза. Это приводит к постоянной травматизации тканей протезного ложа, развитию декубитальных язв, вызывая боль при пользовании протезом и затруднённый приём пищи, что в конечном итоге отражается на психо-эмоциональном и эстетическом состоянии пациента. Вышеперечисленное причиняет больному и врачу неудобства. Поэтому вопросы совершенствования съёмного протеза остаются актуальными.

Цель исследования: Совершенствование метода объёмного моделирования базиса полного съёмного пластиночного протеза верхней и нижней челюсти при неблагоприятных клинических условиях.

Материалы и методы исследования: В работе представлена усовершенствованная методика формирования точных границ базиса съёмного пластиночного протеза на индивидуальной ложке, разработанная К.Г. Саввиди (2005). Способ функционального оформления дистальных отделов базиса полного съёмного пластиночного протеза верхней челюсти по линии перехода твёрдого нёба в мягкое и нижней челюсти в ретромолярной области, с целью улучшения стабилизации протеза, уменьшения травматизации тканей протезного ложа, сокращения сроков привыкания к нему и повышения эффективности ортопедического лечения больных с полной адентией и неблагоприятными клиническими условиями для протезирования.

В группу вошли 45 пациентов, из них 24 с адентией верхней челюсти (по Оксману 15-III класса и 6-IV класса), и 21 с адентией нижней челюсти (соответственно 16-III класса и 8-IV класса), в возрасте от 57 до 85 лет.

В первое посещение пациентам, снимали ориентировочный оттиск для изготовления пластмассовой индивидуальной ложки. На гипсовой модели граница индивидуальной ложки верхней челюсти проходила в зад-

них её отделах за альвеолярными буграми и прямой линией и соединяла левый бугор с правым. Границы ложки нижней челюсти проходила в дистальных отделах справа и слева за слизистыми бугорками, полностью перекрывая их, далее с язычной стороны по самой глубокой части дна полости рта перекрывая дистальный отдел челюстно-подъязычной линии. С вестибулярной стороны на обеих челюстях граница проходила по переходной складке, обходя уздечки губ и щёчно - альвеолярные тяжи. Во второе посещение проводили припасовку индивидуальной ложки. Сначала припасовка проводилась в переднем отделе, как у верхней, так и нижней челюсти, ориентируясь на топографию уздечек и щёчно-альвеолярных тяжей. Оценкой правильной припасовки в переднем отделе служило отсутствие «скидывания» протеза при натяжении врачом губ. Затем уточняли границы дистального края базиса протеза по Г.К. Саввиди.

Описание метода объёмного моделирования базиса съёмного протеза верхней челюсти. Для этого к дистальному краю индивидуальной ложки не заходя на нёбную поверхность, встык приклеивалась размягчённая полоска базисного воска шириной 5 мм, заведомо удлиняя край в сторону мягкого нёба. По всему остальному краю базиса приклеивалась полоска шириной 2 мм. Ложку вводили в рот и просили совершить функциональные пробы такие как: проглотить слюну, прижимая язык к нёбу, надуть щёки, широко открыть рот, кашлянуть, втянуть щёки. Под вибрационной активностью и температурой полости рта воск оформляется до тех пор, пока не установится его оптимальная длина и индивидуальная конфигурация дистального края. Критерием достижения дистального замыкающего клапана являлось наличие эффекта прилипания ложки к нёбу, и сопротивление силе приложенной за ручку ложки.

Описание метода объёмного моделирования базиса съёмного протеза нижней челюсти. По краю базиса индивидуальной ложки приклеивалась полоска размягчённого воска шириной 2 мм, а от места расположения второго моляра нижней челюсти, сгибая за слизи-

стым бугорком и до одноимённого места с вестибулярной стороны, заведомо удлиняя край на 3-4 мм. Воск размягчали и предельно истончали. Затем плотно придерживая ложку за ручку, просили проделать пациента поочерёдно несколько функциональных проб: втянуть щёки, проглотить слюну, прижимая язык к нёбу, достать кончиком языка к щекам, максимально широко открыть и закрыть рот, провести языком по внутренней поверхности нижней губы. Под действием крыло-челюстной складки и верхнего констриктора глотки и щёчной мышцы формировался дистальный край базиса индивидуальной ложки. В месте, где край ложки был длинным и слишком толстым, размягчённый воск под действием функциональных проб отдавлялся, обнажая пластмассу базиса. В этом месте производилось сошлифовывание, вновь наслаивался воск, и процедуру повторяли до тех пор, пока не устанавливалась оптимальная граница и конфигурация дистальных отделов краёв ложки в ретромолярной области. Критерием достижения положительного результата являлось отсутствие обнажённого пластмассового базиса и наличие эффекта прилипания при надавливании на язычную часть ручки индивидуальной ложки.

Далее получали функциональный оттиск силиконовой слепочной массой «speedex» под лёгким пальцевым давлением с помощью вышеуказанных функциональных проб. Модель отливалась, и изготавливался пластмассовый базис с прикусными валиками, проводилось определение центральной окклюзии и постанов-

ка зубов в артикуляторе. После проверки конструкции, воск заменяли пластмассой, готовый протез обрабатывали и полировали.

Результаты и их обсуждение: Усовершенствованная методика объёмного моделирования базиса полного съёмного пластиночного протеза верхней и нижней челюсти при неблагоприятных клинических условиях во всех случаях (у 45 пациентов) привела к положительному результату. Коррекция протеза проводилась однократно на верхней челюсти у 6 пациентов, а на нижней - 5.

Выводы: Таким образом, данная методика позволяет добиться положительных результатов протезирования при полном отсутствии зубов верхней и нижней челюсти, сокращая сроки привыкания к протезу, улучшая фиксацию, как в состоянии покоя, так и при жевании.

Литература:

1. Танрыкулиев П.Т. Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями. (Ашхабад, Магарыф, 1988-с147-168).

2. Саввиди Г.Л. Опыт применения методики функционального оформления наружной поверхности полного протеза для нижней челюсти: Стоматология №4, 1980.- с.46-47.

3. Саввиди Г.Л. Модифицированная методика объёмного моделирования базиса полного съёмного протеза: Институт стоматологии - №2, 2010.- с.36-37.

УДК 616.314-089

ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ

¹ Л.М. Садвокасова, ² В.Ю. Купреев, ³ С.А. Губин

*Государственный медицинский университет города Семей¹,
Стоматологический кабинет «Vitadent», г. Семей², Студент 5 курса ГМУ г. Семей³*

В настоящее время дентальная имплантация, является одной из самых актуальных, и бурно развивающихся направлений в стоматологии. Она является удобной, как для врача, и для пациента в первую очередь. В последние десятилетия было проведено немало исследований по установке, приживаемости, и протезированию дентальных имплантов. Дентальные импланты удобно применять при замещении дефектов зубного ряда, почти любой локализации (односторонние или двусторонние, концевые или включенные и т.д.), тем самым, упрощая и улучшая, в эстетическом и функциональном плане, жизнь пациента. Благодаря последним достижениям в изучении имплантации, ряд показаний расширяется, а ряд противопоказаний сужается.

Перед вживлением импланта в кость, нужно тщательно изучить клинический случай, выявить показания, и исключить абсолютные противопоказания, и последовательно разъяснять пациенту ход своих манипуляций, и ожидаемых сроков приживания имплантатов. Нужно детально, при помощи панорамной, прицельной и при возможности компьютерной томографии, изучить строение костной ткани пациента, ширины и высоты альвеолярного отростка, близости расположения жизненно важных анатомических образований (например: гайморовой пазухи, или нижнечелюстного нерва и др.), и благодаря этому составить рациональный план лечения, при помощи дентальных имплантатов. Также, до начала

хирургических этапов, необходимо санировать ротовую полость пациента (провести профессиональную чистку зубов, пролечить десна, пролечить оставшиеся зубы и т.д.), для того чтобы увеличить процент приживаемости имплантата.

Классификация имплантатов:

1. По типам имплантации:

- а) эндодонто-эндооссальная имплантация;
- б) эндооссальная имплантация;
- в) субпериостальная имплантация;
- г) внутрислизистая имплантация;
- д) чрезкостная дентальная имплантация.

2. По материалу имплантата:

- а) биотолерантные: нержавеющая сталь, хром-кобальтовый сплав;
- б) биоинертные: титан, цирконий, золото, корундовая керамика, стеклоуглерод, никелид титана;
- в) биоактивные: покрытия металлических имплантатов гидроксипапатитом, трикальцийфосфатной керамикой и т.п.

3. По форме внутрикостного имплантата (основные формы):

- а) винтовые;
- б) цилиндрические;
- в) пластиночные;
- г) в форме натурального зуба;
- д) со ступенями;

е) с кортикальными накладками;

ж) трубчатые и др.

4. По методике и по срокам проведения имплантации:

по методике:

а) одноэтапная методика;

б) двухэтапная методика;

по срокам:

а) непосредственная имплантация;

б) отсроченная имплантация.

Показания и противопоказания к дентальной имплантации.

Показания:

1. Односторонние или двусторонние концевые дефекты зубного ряда;

2. Дефект зубного ряда во фронтальном отделе, при интактных соседних зубах;

3. Включенные дефекты зубного ряда, при отсутствии 4 зубов и более;

4. Беззубые челюсти;

5. Невозможность использования пациента съемного протеза из-за особенностей работы, или выраженного рвотного рефлекса на съемные конструкции.

Операция показана лицам, достигшим 18 лет, т. к. челюстно-лицевой скелет должен полностью сформироваться, и не превышающим 70 лет, при удовлетворительном состоянии здоровья.

Противопоказания:

Абсолютные противопоказания:

1. Острые инфекционные заболевания;
2. Системные заболевания костной системы;
3. Заболевания крови;
4. Состояние после лучевой терапии головы и шеи;
5. Патологические образования на верхней и нижней челюсти, а также в мягких тканях полости рта;
6. Беременность;
7. Незавершенный рост костей черепа (до 17-18 лет);
8. Психическая нестабильность пациента;
9. Алкоголизм и наркомания.

Относительные противопоказания:

1. Неудовлетворительная гигиена полости рта (необходимость проведения комплексной реабилитации полости рта);
2. Остеопороз челюстных костей;
3. Гематологические или иммунологические заболевания;
4. Декомпенсированный сахарный диабет;
5. Табакокурение (заядлые курильщики, курение более 20 сигарет в день);
6. Парафункциональные привычки (бруксизм, стискивание зубов).

Хирургические этапы дентальной имплантации.

Главный принцип, которым должен руководствоваться хирург - стоматолог, при установке имплантата, является - травматичность операции, соблюдение всех правил асептики и антисептики. Только тогда заживление раны будет быстрым с хорошим результатом.

Двухэтапная методика установки дентального имплантата заключается в следующем:

I этап. Производят разрез и отслойку слизисто-надкостничных лоскутов по альвеолярному гребню, далее формируют костное ложе. Для формирования костного ложа, под цилиндрический или винтовой имплантат, для начала необходимо сформировать, шаровидной фрезой, небольшое углубление, которое будет служить маркировкой. Затем сверлом, диаметром 2-2,25 мм., препарируют формирующий канал в кости, глубиной, соответствующей внутрикостной части имплантата. После чего, начинают расширять сформированное костное ложе, увеличивая диаметр сверла на 0,5- 1 мм., больше предыдущего.

Финишное формирование костного ложа, производится при помощи фрезы-для цилиндрических имплантатов, и метчика-для винтовых имплантатов. Далее, в сформированное ложе, устанавливают имплантат. Винтовой-вкручивают, а цилиндрический устанавливают с небольшим натягом, и для предотвращения зарастания костной тканью внутренней резьбы имплантата, во внутренней элемент ввинчивают заглушку. И в конце сопоставляют слизисто-надкостничные лоскуты, и ушивают наглухо узловыми швами.

II этап. По истечению 2-6 месяцев, после приживления имплантата в костную ткань, при помощи зонда, определяют их расположение под слизистой оболочкой. При помощи перфоратора иссекают слизистую оболочку над внутрикостным элементом, выкручивают заглушку и устанавливают формирователь десны, который через 10 дней заменяют опорной головкой.

Таким образом, все этапы дентальной имплантации значимы. Уже на первых этапах необходимо составить четкий план протезирования имплантами, четко понять, что желает получить пациент в конечном итоге. На хирургическом этапе необходимо четкое соблюдение правил асептики и антисептики. В реабилитационный период в обязательном порядке наблюдать за пациентом и дать ему рекомендации по уходу за полостью рта и имплантами. И тогда tandem «стоматолог-пациент» обязательно будет УСПЕШНЫМ!

Литература:

1. Дагуева М.В. Клинико-экспериментальное обоснование непосредственной дентальной имплантации при включенных дефектах зубных рядов / М.В. Дагуева // Автореф. дисс канд. мед. наук. Ставрополь, 2005. - 76 с.
2. Амхадова М.А. Современные подходы к обследованию и оперативному лечению пациентов со значительной атрофией челюстей / М.А. Амхадова, Н.А. Рабухина А.А. Кулаков // Стоматология №3 2005 С. 45-48.
3. Амхадова М.А. Хирургическая тактика при использовании метода имплантации у пациентов с дефектами зубных рядов и значительной атрофией челюстей / М.А. Амхадова // Автореф. дисс докт. мед. наук. Москва, 2005. -34 с.
6. Белозеров М.Н. Оценка остеопластических свойств различных биоконпозиционных материалов для заполнения дефектов челюстей / М.Н Белозеров // Дис. канд. мед. наук. М., 2004.-143 с.
7. Бекренев С.Г. Калганова, Л.А. Верещагина, С.А. Обыденная, В.Н. Лясников //Новое в стоматологии. 1995. - №2, Спец. вып. - С. 19-22.
8. Булат А.В. Ключевые факторы выбора внутрикостных имплантатов при частичной адентии / А.В. Булат, В.Л. Параскевич //Новое в стоматологии. -2000. №8, Спец. вып. - С.67-73.
10. Гречишников В.И. Метод коррекции альвеолярного отростка биокерамическими материалами при дентальной имплантации / В.И. Гречишников А.А. Долгалев, Н.Н. Заплешко //Проблемы стоматологии и нейростоматологии. 1999. - №2. - С.31-35.
11. Иванов С.Ю. Стоматологическая имплантология / С.Ю. Иванов, А.Ф.
12. Бизяев М.В. Ломакин и др. // Уч. пособие. М., 2000. - 63 с.
13. Иванов С.Ю. Клинические результаты использования различных костнопластических материалов при синуслифтинге / С.Ю. Бизяев, А.Ф.Ломакин, М.В. Панин //Новое в стоматологии. 1999а. - №5. - С.51-55.
14. Иванов С.Ю. Новое поколение биоконпозиционных материалов для замещения дефектов костной тка-

ни / С.Ю. Иванов, Л.И. Гиллер, А.Ф. Бизяев и др. //Новое в стоматологии. — 1999. №5. - С.47-50.

15. Иванов С.Ю. Монография «Стоматологическая имплантология» / С.Ю. Иванов, Э.А. Базикян, А.Ф. Бизяев и др. (под ред. Иванова С.Ю.) Изд. «Гэотар медицина». 2004. -340 с.

17. Карапетян К.Л. Клинико-функциональная и морфологическая оценка результатов использования внутрислизистых имплантатов при сложных условиях протезирования на верхней челюсти / К.Л. Карапетян // Автореф.дисс. канд. мед.наук. Москва, 2004. - 24 с.

18. Кулаков А.А., Федоровская Л.Н., Хамраев Т.К. Использование резорбируемых мембран при операциях зубной имплантации //Российский стоматолог, журн. 2000. - №4. - С.21-23.

19. Кулаков А.А. Особенности проведения непосредственной имплантации с применением имплантатов различных конструкций / А.А. Кулаков, Ф.М. Абдуллаев //Новое в стоматологии. 2002. №5. С.34-36.

20. Кулаков А.А. Непосредственная имплантация и нагрузки в дентальной имплантологии / А.А. Кулаков, Ж.А. Ашуев // «Алфавит стоматологии».- №2-3 2006. С.4-6.

23. Кулаков О.Б. Замещение одиночных дефектов зубных рядов при помощи остеointегрированных имплантатов. Хирургические и ортопедические аспекты / О.Б. Кулаков, С.Н. Супрунов //Институт стоматологии. 2006 - №-С. 46-48.

24. Литвиненко А.Н. Дентальная имплантация при недостаточном объеме костной ткани альвеолярной части нижней челюсти / А.Н. Литвиненко // Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 2005. - 24 с.

26. Очиров Е.А. Профилактика воспалительных осложнений дентальной имплантации с применением хлоргексидин-содержащих препаратов / Е.А. Очиров // Автореф. дисс. канд. мед.наук. Москва, 2005. - 24 с.

27. Омеляненко Н.П. Влияние фетальной костной ткани на репаративную регенерацию кости / Н.П. Омеляненко, О.А. Малахов // «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова» 2002, №1 с. 35

36. Панин А.М. Новое поколение остеопластических материалов (разработка, лабораторно-клиническое обоснование, клиническое внедрение) /А.М. Панин // Дис. докт. мед. наук. М., 2004. - 198 с.

37. Параскевич В.Л. Дентальная имплантация. Итоги века / В. Л. Параскевич //Новое в стоматологии. - 2000. - №8, Спец. вып. С.7-15.

41. Робустова Т.Г. Немедленная имплантация после удаления зубов / Т.Г. Робустова, А.И. Ушаков, И.В. Федоров // Клиническая стоматология. 2005 №3. С.42-63.

42. Самсонов В.Е. Брефокостная пластика альвеолярного отростка челюсти перед эндооссальной имплантацией / В.Е. Самсонов, А.П. Иванов,

43. Шакеров И.И. Роль сохранения компактного слоя внутренней стенки зубной альвеолы при непосредственной имплантации / И.И. Шакеров // Автореф. дисс. канд. мед.наук. Москва, 2003. - 24 с.

44. Федяев И.М. Оценка клинической эффективности применения мембраны аллогенной лиофилизированной твердой мозговой оболочки при непосредственной и ранней отсроченной дентальной имплантации / И.М. Федяев, В.Ю. Никольский // Стоматология, 2003, №3 С.41-55.

УДК 616.311.-08

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ХЛОРХИНАЛЬДИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА

С.М. Сыздыкаева

Государственный медицинский университет города Семей
Кафедра стоматологических дисциплин

Тұжырым

АУЫЗ ҚУЫСЫНДАҒЫ КАНДИДОЗДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ ХЛОРХИНАЛЬДИН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Ауыз қуысының кандидозы бар науқастарды кешенді емдеуге Хлорхинальдин қолдану негізінде кеңес берілді және клиникалық бақылау және емдеу динамикасында лабораториялық зерттеу нәтижесі жоғары клиникалық эффективтілікті көрсетті.

Summary

USE OF CHLORCHINALDIN IN COMPLEX TREATMENT OF CANDIDOSIS OF ORAL CAVITY

Clinical observations and laboratory research in the dynamics of treatment showed high clinical effectiveness and are the basis for recommendations chlorchinaldin for use in complex treatment of patients with candidosis band-ty of the mouth.

Актуальность. По данным ВОЗ более 20% населения Земли страдает различными формами грибковых заболеваний. Кандидоз полости рта является наиболее распространенным и представляет большую сложность в диагностике и лечении этой патологии. Частота кандидоза полости рта имеет тенденцию к прогрессивному росту. Активации патогенных свойств возбудителя могут способствовать многочисленные эндогенные и экзогенные факторы, влияющие на качественный и количественный состав нормальной микрофлоры или вследствие каких-либо патологических процессов в организме, влекущие за собой клинические проявления.

Многочисленные исследования указывают, что соматическая патология у больных кандидозом выявляется у 65,5%, прием антибиотиков до 50% больных, кортикостероидов – 23%, сульфаниламидов – 18% [1]. Длительное применение различных антибактериальных препаратов, кортикостероидов других лекарственных средств значительно влияет на микрофлору полости рта, снижает сопротивляемость организма, создавая благоприятные условия для развития кандидоза в полости рта.

Из местных причин можно назвать наличие в полости рта ортопедических конструкции, наличие кариозных полостей, зубных отложений, пародонтальных карманов и т.д., в которых могут обитать грибы рода Санд

диды и делают кандидоз полости рта важнейшим среди прочих локализаций заболеваний.

Целью настоящего исследования являлась оценка терапевтического эффекта препарата Хлорхинальдин (МЕДА, Швейцария) в комплексном лечении кандидоза.

В настоящее время этот препарат является одним из наиболее эффективных, хорошо переносится, имеет очень низкий уровень побочных эффектов и широкий спектр антибактериальной, антипротозойной и антифунгальной активности. Действующим веществом данного препарата является хлорхинальдол, который действует на следующие патогенные микроорганизмы: *Candida* и некоторые другие грибки, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Salmonella*, а также на простейшие *Lambliа intestinalis*, *Trichomonas vaginalis*.

Материалы и методы. В течении последних трех лет нами было обследовано 25 больных с различными формами кандидоза слизистой полости рта (стоматиты, глосситы, хейлиты), обратившихся за консультативной помощью и лечением. Возраст варьировал от 25 до 60 лет (6 мужчин и 19 женщин). Все больные при первичном обращении прошли общеклиническое, стоматологическое и микробиологическое обследование. Течение заболевания в большинстве случаев тяготело к низкому гигиеническому состоянию полости рта. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс гигиены Green-Vermilliona, уровень которого составлял в среднем $2,64 \pm 0,25$.

Иммунологическое обследование пациенты прошли у терапевта и иммунолога, выявившие вторичный иммунодефицит. При выявленных соматических нарушениях больных консультировали соответствующие специалисты: гастроэнтеролог, эндокринолог и т.д.

После клинического и микробиологического исследования был поставлен диагноз кандидозная заеда у 1 больного, кандидозный хейлит – 2, хронический атрофический кандидоз – 7, острый псевдомембранозный кандидоз – 6, у 9 больных диагностирован хронический гиперпластический кандидоз.

Лечение больных начинали с санации полости рта с последующим рациональным зубным протезированием. Диетотерапия включала ограничение в приеме острой, горячей пищи, а также пациентам рекомендовалось ограничить прием углеводов и включить в рацион свежие овощи и фрукты.

Строгие рекомендации давались по гигиеническому уходу за полостью рта. Всем лицам после санации полости и ротовых ванночек 20% раствором буры в глицерине, 0,06% раствором хлоргексидина назначалась витаминотерапия.

Общая и местная терапия кандидоза слизистой полости рта заключалась в назначении противогрибкового препарата Хлорхинальдин, для рассасывания по 1 таблетке каждые 3-4 часа, продолжительность лечения составила 7-14 дней.

Анализ результатов проведенных исследований позволил заключить, что кандидоз и другие воспалительные процессы в полости рта проявляются при заметном нарушении функции местных защитных механизмов [3]. С этой целью в обеих группах проводился курс местной иммунокоррекции Ликопидом – внутрь или сублингвально 10 мг 3 раза в сутки. Курс лечения – 10 дней.

Об эффективности лечения судили по динамике субъективных ощущений пациента, клинической картине заболевания и лабораторным показателям.

Результаты и обсуждения. Таким образом, нами впервые в комплексном лечении кандидоза полости рта был успешно применен препарат Хлорхинальдин. Ни один пациент не предъявлял жалоб на аллергические проявления при его приеме. При лечении больных кандидозом с применением Хлорхинальдина полное выздоровление наблюдалось в 56 %. Проходили сухость полости рта, исчезали налет и гиперемия на пораженных участках, болезненность, а также отсутствие чувствительности и дискомфорта. Положительная динамика под влиянием лечения отмечена у большинства (32%) больных. Клиническое улучшение проявлялось в уменьшении острых воспалительных явлений и болезненности, уменьшении налета на языке. Улучшения не отмечено у 12% пациентов.

Клинические наблюдения и результаты лабораторных исследований в динамике лечения показали высокую клиническую эффективность и приемлемость в цене. В связи с этим результаты проведенных исследований являются основанием для рекомендации Хлорхинальдина к использованию в комплексном лечении больных с кандидозом полости рта.

Литература:

1. Ефимович О.И., Рабинович И.М., д.м.н., проф., Рабинович О.Ф., к.м.н., Дмитриева Н.А., к.м.н. Применение ликопида в комплексной терапии дисбактериозов полости рта. - ЦНИИ стоматологии МЗ РФ, г. Москва.
2. Елизарова В.М., Моисеенко О.О., Царев В.Н., Воложин А.И. Применение клотримазола и имудона в комплексном лечении кандидоза полости рта. – МГМСУ, Москва.
3. Темирбаев М.А. Методы оценки местного иммунитета полости рта // Методические рекомендации. – Алма-ата, 1988. – 17с.

УДК 616.314

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГАЛЬВАНОПЛАСТИКИ

Р.К. Пшембаева

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

ГАЛЬВАНОПЛАСТИКАНЫҢ ҚОЛДАНЫЛУЫМЕН ЖҮРГІЗІЛЕТІН ПРОТЕЗДЕУ

Р.К. Пшембаева

Гальванопластиканың қолданылуы қырлардың реставрациясы кезінде "мінсіздікке" өте жақын етіп жасауға мүмкіндік береді. Бұл әсіресе науқастардың парадонт ауруын емдеу кезінде өте маңызды. Гальванокерамикалық сауыттар аллергияға тәтел беретін, тамаша дәлдікті қамтамасыз ететін, эстетикалық жағынан жоғары және жоғары технологиялық керемет қасиеттерге ие.

Summary
PROSTHETICS WITH USE GALVANOPLASTY
R.K. Pshembaeva

Use of a galvanoplasty allows to create the closest to "ideal" edges of restorations. It is especially important at treatment of patients - with diseases paradontics. Galvanokeramichesky crowns have unsurpassed not allergenicity, magnificent accuracy, esthetics and high technology.

Актуальность. Современные требования к надежности, высокой точности, неаллергенности приводят к возрастающему интересу всех областей промышленности к применению гальванических покрытий. Изменение характеристик поверхностных слоев не металлических и металлических изделий приобретает все большую актуальность. Применение обжигаемых дентальных сплавов для металлокерамических протезов в связи с появлением фактов их непереносимости послужило началом новых поисков для решения этой проблемы. Особые проблемы возникают в области необлицованных краев коронок, которые трудно поддаются обработке в лаборатории и могут быть причиной пигментации и воспаления десневого края. Решение этой проблемы осуществляется в нескольких направлениях. Это, прежде всего, применение так называемых плечевых масс для полного покрытия десневой части коронки керамикой, второе направление связано с развитием гальванотехники, которая позволяет, во-первых, использовать чистое золото без примеси неблагородных металлов с практически идеальным антикоррозионным эффектом, во-вторых, обеспечить безупречное краевое прилегание коронки. Кроме того, теплый золотой оттенок каркаса обеспечивает керамическому покрытию чрезвычайно привлекательный внешний вид. Таким образом, в отличие от классической керамики, при применении гальванотехники просматриваются значительные преимущества, прежде всего с точки зрения биосовместимости и эстетики.

Цель. Применение метода гальванопластики, при протезировании дефектов зубов и зубных рядов.

Материалы и методы. В нашу клинику обратился пациент с жалобами на отсутствие контактного пункта 26 зуба, постоянное «забивание пищи между зубами». После проведенного осмотра и рентгенологического исследования, было принято решение о восстановлении контактного пункта 26 зуба с использованием металлокерамической коронки на гальваническом колпачке.

Препарирование зубов под коронки на гальванических каркасах имеет ряд особенностей.

Во-первых, снятие объемов твердых тканей не должно превышать 2мм. (гальванопластический каркас толщина 0,3 мм., керамическая облицовка 1,7 мм).

Во-вторых, препарирование культи зуба обязательно должно осуществляться с созданием рационального, отполированного уступа. Принимая во внимание исключительное краевое прилегание гальванической коронки.

И в-третьих, для создания условий беспрепятственного наложения и длительного удержания коронки на культе зуба препарирование осуществляется с крайне незначительной конусностью культи, а окклюзионная поверхность культи обязательно должна имитировать рельеф жевательной поверхности зуба, увеличивая стабилизацию искусственной коронки.

После этого мы приступили к снятию оттисков и изготовлению искусственных коронок. Для снятия оттис-

ков по классической двухэтапной технологии. Затем оттиски были отправлены в зуботехническую лабораторию для изготовления каркаса из гальванического золота, с последующей облицовкой его керамической массой. Изготовление гальванического колпачка проводили на аппарате гальванопластики «AGC MICRO». Технология изготовления гальванического колпачка основана на равномерном осаждении золота из оригинального золотосодержащего электролита под действием электрического тока. Осаждение происходит на специальный дублирующий штампик, покрытый токопроводящим серебряным лаком.

Гальванический колпачок получается в течение 5 часов в прозрачной стеклянной колбе, которая позволяет наблюдать весь процесс визуально. Полученный каркас обладает достаточной жесткостью при минимальной толщине, что позволяет нам выполнить эстетическую искусственную коронку. Очередным клиническим этапом мы производим примерку колпачка и определение цвета предстоящей реставрации. В момент примерки гальванического колпачка особое внимание следует уделить качеству прилегания каркаса в области уступа. Обычно, при выполнении всех требований на этапе препарирования, наложение каркаса не вызывает затруднений. Технология нанесения облицовочного керамического слоя на гальванический колпачок совершенно традиционна и не отличается от облицовывания литого каркаса. Гальванический каркас искусственной коронки облицован керамической массой. Окончательная примерка готовой работы в полости рта, выравнивание окклюзионных взаимоотношений и фиксация – стали заключительным этапом ортопедического лечения пациента.

Результаты и обсуждение. Колпачок, изготовленный из неблагородного сплава могут вызвать коррозионные процессы; высвобождение побочных соединений, содержащих Ni, Mo, Be, пагубно влияющих на живые ткани организма человека, что, в свою очередь, может приводить к токсичным и воспалительным реакциям в пародонтальных тканях. Изготовление колпачка методом гальванотехники из чистого золота дает возможность создать идеально прилегающий край к финишной линии препарированного под коронку зуба. Тем самым уменьшается количество бактериального налета у края коронки и со временем может привести к возникновению пародонтита, а также к возникновению вторичного кариеса.

Заключение: Таким образом, использование гальванопластики позволяет создавать наиболее близкие к «идеальным» края реставраций. Это особенно важно при лечении пациентов - с заболеваниями пародонта. Гальванокерамические коронки имеют непревзойденную неаллергенность, великолепную точность, эстетичность и высокую технологичность.

УДК 616.346-053.2-089

ИНВАГИНАЦИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ

М.Т. Аубакиров, М.С. Дюсупжанов, Е.А. Жумажанов, О.Т. Ван

*Государственный медицинский университет города Семей,
Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей*

Инвагинация, являясь, самым частым видом кишечной непроходимости у детей, чаще всего встречается у грудных детей. Но изолированная инвагинация кишечника встречается очень редко. В литературе описано около 12 инвагинации червеобразного отростка.

Целью настоящего сообщения является описание редкой формы инвагинации кишечника у детей.

Больной К., 8 лет поступил в детское хирургическое отделение МЦ ГМУ г. Семей 11.11.2010г. в 16 ч. 10 мин. в экстренном порядке с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту и рвоту. Острые боли в течение 8 часов, появились боли в животе около пупка справа, схваткообразного характера, затем была тошнота и трехкратная рвота. Доставлен в Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей на карете скорой помощи.

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые обычной окраски. Температура тела 37,2 гр. Язык чистый, слегка обложен белым налетом, влажный. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД-24. Сердце - тоны чистые, ритмичные, ЧСС - 90. АД 100/60 мм рт. ст. Живот не вздут, правая половина несколько

отстает в акте дыхания, при пальпации болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнителен.

В общем анализе крови: Нв- 132 г/л, эритроц. – $4,2 \cdot 10^6$ /л, ЦП-0,96, лейкоциты- $12,3 \cdot 10^9$ /л, п-3, с/я - 79, м-2, л-16. свер. – 3 мин 20 сек. - конец- 3 мин. 43 мин. 12 сек. Тромб.- 234.

В общем анализе мочи: цвет - сол. желтый, белок нет, уд. вес - 1020, эпителий - 1-2-3 в п/зр. лейкоциты – 1-2 в п/зр.

В биохимическом анализе крови: тимоловая проба – 1,6 ед., общ. билирубин 5,4 мг/%, общий белок - 6,7 г/л., остаточный азот 6,0 мг/%.

11.11.2010 г в 20 ч. 05 мин. – операция. Взят на операцию с диагнозом острый аппендицит. Доступ по Волковичу - Дьяконову справа. Выпот реактивный серозный. При выведении слепой кишки с червеобразным отростком обнаружена инвагинация червеобразного отростка в стенку слепой кишки (Рис. 1). Осуществлена дезинвагинация червеобразного отростка (Рис. 2).



Рис. 1. Инвагинация червеобразного отростка в стенку слепой кишки.

Последний изменен флегмонозно: длиной 8 см., резко утолщен, напряжен, покрыт фибринозным налетом. Аппендэктомия лигатурным способом, так как стенка слепой кишки у основания инфильтрирована, гиперемирована. Рана зашита наглухо. Иод. Асептическая повязка.

Паталогогистологическое исследование от 17.11.2010г: Червеобразный отросток имбибированный лейкоцитами, резко утолщен, гнойно-фибринозные налеты. Наиболее изменения у основания и в середине отростка. Заключение: флегмонозный аппендицит за счет инвагинации отростка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии.



Рис. 2. Дезинвагинация червеобразного отростка

Выводы: Особенностью приведенного наблюдения является редкость формы инвагинации с хорошим результатом лечения. Практически изолированная инвагинация кишечника у детей дает клинику острого деструктивного аппендицита.

Литература:

1. Альштул А.С. Редкая форма инвагинации у детей. - Хирургия. - №5. - 1963. С-23-25.
2. Венгерковский И.С., Чикишева Г.В., 1965. Изолированная инвагинация червеобразного отростка у детей. - Клиническая хирургия. - №8. – 1965.- С.45-46.
3. Фельдман Х.И. Инвагинация и эвагинация кишок в детском возрасте. -М. - Медицина, - 1977. – 152 с.

УДК 616.24-006+616.127-005.8

СЛУЧАЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО С РАЗВИТИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПОСТИНФАРКТНОГО СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА

Т.Д. Байбулатов¹, В.Ю. Вересов¹, К.С. Ожаров¹, С.А. Закиров², Н. Орынбасаров²¹Восточно-Казахстанский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, Усть-Каменогорск,²Семейский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Семей

Резюме

В статье описан редкий случай развития инфаркта миокарда с синдромом Дресслера в результате обтурации коронарного сосуда метастазом плоскоклеточного рака.

Тұжырым

МИОКАРД ИНФАРКТЫСЫ ЖӘНЕ ДРЕССЛЕРДІҢ ИНФАРКТАН КЕЙІН СИНДРОМЫНЫҢ ДАМУЫМЕН ҚОСАРЛАСҚАН ӨКПЕНІҢ ЖАЗЫҚЖАСУШАЛЫ ОБЫРЫНЫН КЕЗДЕСУІ

Мақалада жазықжасушалы обырынын метастазы және тәжі тамырлардың бітелуі салдарынан дамыған Дресслер синдромымен миокард инфарктісінің сирек кездесетін түрі суреттелген.

Summary

THE CASE OF SMOOTHCELL CANCER OF THE LUNG WITH DEVELOP INFARCT OF MYOCARDIUM AND POSTINFARCT DRESSLER'S SYNDROME

In the article presents rare case infarct of myocardium with postinfarct Dressler's syndrome as a result coronary vessel obturation by metastasis of the smoothcell cancer of the lung.

Постинфарктный синдром Дресслера (поздний перикардит) обычно развивается при обширном, осложненном или повторном ИМ с частотой 1-3% [1,2]. Характерные признаки постинфарктного синдрома - перикардит, плеврит и пневмонит [3]. В ряде случаев в воспалительный процесс могут вовлекаться синовиальные оболочки. Наиболее часто (не менее чем в 3/4 случаев) постинфарктный синдром Дресслера проявляется в форме изолированного или в сочетании с другими поражениями (плеврит, пневмонит) асептического перикардита. Одновременное поражение перикарда, плевры и легких при постинфарктном синдроме наблюдается не часто. В ряде случаев имеет место только перикардит или плеврит, либо пневмонит [4,5].

В нашем случае труп гражданина З., 57 лет, был направлен на судебно-медицинское исследование, как случай скоропостижной смерти.

При судебно-медицинском исследовании трупа гражданина З. видимых телесных повреждений обнаружено не было. При внутреннем исследовании трупа видимых патологических изменений со стороны мозга, желудочно-кишечного тракта, мочеполовых органов не отмечалось. Анатомическое расположение внутренних органов правильное. В плевральных полостях постороннего содержимого не обнаружено. В просвете трахеи и крупных бронхов незначительное количество вязкой тягучей серо-желтого цвета пристеночной слизи, слизистая синюшно-розового цвета. Аорта на разрезе желтоватого цвета, с наличием атеросклеротических бляшек размерами до 1х0,7см. Легкие дрябловатые на ощупь, местами резко воздушные, без кровоизлияний под плевру, на разрезе серо-красного цвета, местами плотноватые, буроватого цвета. С поверхностей разрезов стекает умеренное количество пенистой кровянистой жидкости. Пересеченные бронхи выступают с поверхности разрезов. Сердце умеренно припаяно к околосердечной сорочке. В околосердечной сорочке имеется около 15 мл мутной желтоватой жидкости. Сердце размерами 12,0х8,5х6см, массой 390г, с наружи эпикард тотально покрыт волосовидными выпячиваниями длиной до 1,2 см, т.е. «волосатого» вида. Дрябловатое на ощупь, на разрезе мышца сердца неравномерного кровенаполнения, буровато-коричневого цвета, с множе-

ственными соединительно-тканными участками в виде белесоватых прослоек. Коронарные сосуды умеренно утолщены. Толщина стенки левого желудочка - 1,5см, правого - 0,3см. В полостях сердца темная жидкая кровь в умеренном количестве. Хордальные нити, сосочковые мышцы не увеличены в объеме. По результатам аутопсии был поставлен предварительный судебно-медицинский диагноз: «Острый инфаркт миокарда. Синдром Дресслера». Для судебно-гистологического исследования из трупа были взяты кусочки внутренних органов и сданы в работу.

При судебно-гистологическом исследовании в головном мозге отмечался перецитарный, переваскулярный отек мозгового вещества. Встречались участки сетчатого разрежения ткани головного мозга. Нейроциты набухшие, с размытыми границами. Сосуды полнокровные. В сердце кардиомиоциты гипертрофированы, местами извиты, фрагментированы. Имеется участок в котором просвет сосуда полностью обтурирован атипическими плоскими клетками с гиперхромными ядрами, аналогичными атипическим клеткам в ткани легких, вокруг кардиомиоциты с потерей поперечно-полосатой исчерченности, исчезновением ядер, метахромазией кардиомиоцитов. В строме разрастание соединительной ткани, определяются лейкоциты, скопление отечной жидкости. Сосуды венозного русла полнокровные. Над эпикардом полостчатые отложения фибрина в виде нитей, гемолизированные эритроциты, небольшое количество сегментоядерных лейкоцитов. В легких участки эмфизематозного расширения легочной ткани. Полнокровные межальвеолярных капилляров и легочных сосудов. Стенки легочных сосудов в состоянии спазма различной степени выраженности. В просветах некоторых сосудов определяются скопления атипических плоских клеток с гиперхромными ядрами. Определяются участки разрастания соединительной ткани с очаговыми лимфогистиоцитарными инфильтрациями, пласты атипических плоских клеток с гиперхромными ядрами, ороговения не наблюдается. В ткани печени гепатоциты набухшие, с размытыми границами, белковыми включениями в цитоплазме в виде мелких капель. Вокруг порталных трактов

умеренное разрастание соединительной ткани, в пределах трактов содержатся лимфогистиоцитарные инфильтраты. Синусоиды в центральных отделах печеночных долек полнокровные. В почках клубочков различных размеров. Капилляры клубочков, сосуды коркового и мозгового вещества полнокровные. Нефротелий канальцев набухший, с зернистой цитоплазмой. На срезе имеется участок с фиброзной тканью. В просвете сосуда определяются скопления атипических плоских клеток с гиперхромными ядрами аналогичные атипическим клеткам в ткани легкого.

Таким образом, данные гистологического исследования вместе с анализом макроскопической картины внутреннего исследования помогли прийти к выводу, что основным заболеванием у гражданина З. был плоскоклеточный неороговевающий рак легкого, с прорастанием стенок сосудов в ткани легких, с метастазами в сосуды сердца с полным прорастанием их стенок, в сосуды почки. Непосредственной причиной смерти стала острая сердечно-сосудистая недостаточность, которая развилась вследствие, случившегося ранее, острого инфаркта миокарда, сопровождающегося синдромом Дресслера. В свою очередь инфаркт миокарда был обусловлен метастазами плоскоклеточного рака легких в сосуды сердца с полной облитерацией и прорастанием опухолевыми клетками стенок коронарных сосудов.

Наш случай представляет интерес для практических судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов, как наблюдение развития инфаркта миокарда, и последовавших за ним постинфарктного синдрома Дресслера и острой сердечно-сосудистой недостаточности в результате обтурации коронарного сосуда метастазами плоскоклеточного рака. Данный случай показывает необходимость и важность гистологического исследования для правильного установления судебно-медицинского диагноза и определения причины смерти, т.к. данных наружного осмотра и макроскопических данных, полученных при аутопсии не всегда бывает достаточно для этих целей.

Литература:

1. Болезни сердца. Моисеев В.С., Сумароков А.В. М.: Универсум Пабблишинг, 2001
2. Белов Ю.В., Вараксин В.А. Современные представления о постинфарктном ремоделировании левого желудочка // Рус. мед. журн.- 2002.- № 10.- С. 469-471.
3. Международное руководство по инфаркту миокарда. Под ред. В. Рональда и Ф. Кэмпбелла.- 1997.- Москва.
4. Гуревич М.А. Вопросы патогенеза и лечения сердечной недостаточности при инфаркте миокарда // Клин. мед.- 2002.- Т.74, № 4.- С. 15-20.
5. Алперт Дж., Френсис Г. Лечение инфаркта миокарда. Пер. с англ.- М.: Практика, 1994.- 255 с.

УДК 616.25-006-07

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

Н.Б. Нургалиев

КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер», г. Семей

Резюме

В статье описан клинический случай из практики, когда видеоторакоскопическое исследование с целенаправленной биопсией позволило верифицировать метастатическое поражение плевры.

Тұжырым

МЕТАСТАТИКАЛЫҚ ОБЫР ДИАГНОСТИКАСЫНДАҒЫ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ

Н.Б. Нургалиев

Мақалада тәжірибеден алынған клиникалық жағдай сипатталған, видеоторакоскопиялық зерттеу биопсиямен плевраның метастатикалық зақымдалуын верифицирлеу мақсатында жасалған.

Summary

VIDEOTHORACOSCOPY IN THE DIAGNOSTICS OF METASTATIC CANCER

N.B. Nurgaliyev

A clinical case from practices is described in the article, when videothoracoscopy investigation with a purposed biopsy allowed to verify metastatic attack of pleura.

В последние годы в клинической практике широко применяется видеоторакоскопия, которая сочетает в себе высокую информативность и малую инвазивность, и занимает свое место в арсенале диагностических методов при патологических состояниях легких, плевры и средостения (1). Основное назначение видеоторакоскопии - исследование плевральной полости и выполнение биопсии для гистологического уточнения вида заболевания (2). Нижеприведенный пример из практики демонстрирует возможность верификации карциноматоза плевры.

Больной М, 29 лет (история болезни №1833) поступил 10.12.2009г. с диагнозом: Туберкулезный плеврит слева? Жалобы на общую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, малопродуктивный кашель, тяжесть в правом подреберье. Из анамнеза: ранее туберкулезом не болел. В 2005г. от туберкулеза умер отец. Со слов больного флюорографическое обследование проходит ежегодно (архив не представлен). Больным себя считает в течение 6-ти месяцев, получил лечение по поводу плевропневмонии, отмечал незначительное улучшение. В связи с появлением кровохарканья и ухудшением общего состояния 08.12.2009г. обра-

тился за медицинской помощью. В ЦРБ после рентгенологического исследования легких проведена плевральная пункция слева, эвакуировано 2500 мл серозной жидкости (лабораторное исследование пунктата не проводилось). Учитывая молодой возраст, длительное течение заболевания, туберкулезный контакт в прошлом больного, по настоянию родственников направлен в противотуберкулезный диспансер г. Семей.

Состояние при поступлении тяжелое за счет симптомов интоксикации и легочно-сердечной недостаточности. Положение вынужденное, ортопноэ. Телосложение нормостеническое. Умеренного питания (рост 189, вес 76). Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. В легких притупление легочного звука, слева - дыхание не прослушивается, справа - ослабленное, мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 28 в мин. Границы сердца расширены справа на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, 1 тон практически не выслушивается, тахикардия с ЧСС 120 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости и гепатомегалии. Печень на 2 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. На голенях - отеки до с/з.

В мокроте МБТ 3-хкратно методом микроскопии не определялись. Рентгенологически: слева от переднего отрезка 4 ребра до купола диафрагмы гомогенное интенсивное затемнение, синус не прослеживается; органы средостения смещены вправо; справа - в нижних отделах понижение прозрачности легочной ткани. Изменения на ЭКГ характеризуются низким вольтажом зубцов во всех стандартных отведениях. Результаты УЗИ: в левой плевральной полости лоцируется жидкость до 2000 мл, в перикарде - до 1000 мл, в брюшной полости - жидкость в подпеченочном пространстве.

В общем анализе крови: гемоглобин 144 г/л; эритроциты $4,1 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $13,7 \times 10^9$ /л; сегментоядерные 74, эозинофилы 3, моноциты 3, лимфоциты 20; тромбоциты 166×10^9 /л; СОЭ 2 мм/час. В общем анализе мочи: удельный вес 1009; реакция кислая; белок нет; плоский эпителий 1-3 в п.зр; лейкоциты 1-2 в п.зр; слизь + +. В биохимическом анализе крови: общий белок 57 г/л; общий билирубин 20,1 мкмоль/л; мочевины 8,5 ммоль/л; глюкоза 6,4 ммоль/л; тимоловая проба 2,7 ЕД; креатинин 120 мкмоль/л.

Компьютерная томография органов грудной клетки не проводилась из-за технической неисправности аппарата.

Больному выставлен диагноз: Полисерозит (плеврит, перикардит, асцит) неясной этиологии. Назначено лечение: антибиотики широкого спектра действия, мочегонные препараты под контролем электролитов, белковые препараты, компоненты крови, гемостатики, гепатопротекторы, витамины, поляризуемые смеси, а также по тяжести состояния - противотуберкулезная химиотерапия в режиме 1 категории.

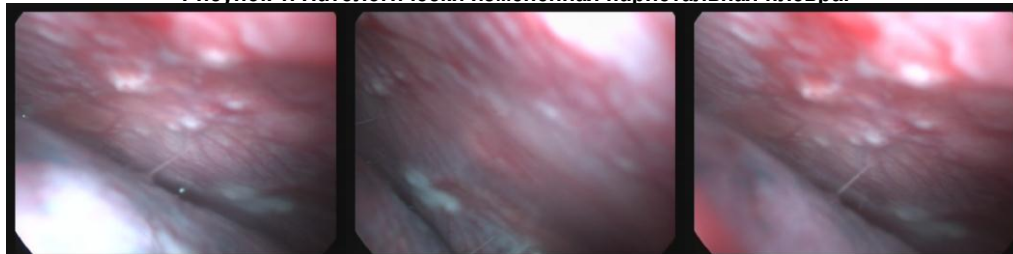
Проведены неоднократные пункции плевральной полости (эвакуировано в общей сложности около 25 л жидкости) и перикарда (получено 2200 мл жидкости). Анализ плевральной жидкости: удельный вес - 1010, белок - 33 г/л, проба Ривальта - отр. Микроскопия нативного препарата: лейкоциты - сплошь. Микроскопия окрашенного препарата: лимфоциты - 100%, клетки мезотелия - одиночные и скоплениями с дистрофическими изменениями. МБТ и атипические клетки не найдены. Анализ перикардиальной жидкости: эритроциты, лимфоциты, нейтрофильные лейкоциты в небольшом количестве. Встречаются железистоподобные скопления из округлых мноморфных клеток. Ядра увеличены, хроматин зернистый одиночный. Цитоплазма широкая местами имеются дегенеративные изменения. Данная картина характерна для пролиферации клеток мезотелия реактивного характера.

Учитывая симптом «накопления» жидкости в полостях, высказано предположение об онкологическом процессе и для уточнения диагноза консилиумом врачей решено провести диагностическую видеоторакоскопию.

28.12.2009г. выполнена операция - видеоторакоскопия слева. Под интубационным наркозом по среднеподмышечной линии в пятое межреберье введен троакар (оптика). При осмотре плевральной полости определяется спаечный процесс и небольшое количество жидкости. Parietalная плевра отечна, инфильтрирована, в проекции переднего синуса - образование багрового цвета диаметром 4 см. На поверхности париетальной и висцеральной плевры имеются мелкие белесоватые высыпания (рис 1).

Произведена аспирация жидкости в объеме 200 мл, биопсия наиболее пораженных участков париетальной плевры. Из-за спаечного процесса перикард осмотреть не удалось. Гемостаз по ходу операции. Дренаж в плевральную полость. Послойные швы на рану. Асептическая повязка. Полученный материал (биоптат) направлен на гистологическое исследование.

Рисунок 1. Патологически измененная париетальная плевра.



По патоморфологическому заключению №39768-39770 выставлен заключительный диагноз: Метастаз железистого рака в плевру слева без установления первичного очага.

Пациент выписан на 25 суток для дальнейшего лечения и наблюдения в ООД.

Таким образом, в данном случае применение видеоторакоскопии с гистологическим изучением биоптата

из зоны поражения плевры позволило установить этиологию заболевания.

Литература:

1. Журавлев Л.В., Барчук А.С., Щербак А.М. // Новые возможности и перспективы развития эндоскопической хирургии: Тез. докл. междунар. конф. - СПб., 1995. - С. 77-78.
2. Путов Н.В. // Болезни органов дыхания: Руководство. - М., 1989. - С. 354.

УДК 616-001.1:340.6

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОБУВИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Н.А. Жыкбаев¹, А.О. Дакиева³, С.А. Закиров², А.Х. Жармухаметов²

¹Восточно-Казахстанский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Усть-Каменогорск,
²Семейский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Семей, ³Центр судебной медицины МЗ РК, г. Астана

Резюме

В статье отражены медико-криминалистические исследования обуви потерпевшего при автомобильной травме для решения вопроса следствия о воспроизведении деталей дорожно-транспортного происшествия.

Тұжырым

КӨЛІК АПАТЫ КЕЗІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-КРИМИНАЛИСТІК САРАПТАМА БАРЫСЫНДА АЯҚ КИІМНІҢ ЗАҚЫМДАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Бұл мақалада жол-көлік оқиғасының қалай болғандығы туралы тергеу сұрақтарын шешу үшін автокөлік апатында жәбірленушінің аяқ киіміне медициналық – криминалистік зерттеу жүргізілгені көрсетілген.

Summary

FEATURES OF FOOTWEAR DAMAGES DURING A MEDICAL CRIMINALISTICS EXAMINATION BY AUTO TRAUMA

In this article medical criminalistics researches of the injured person's footwear by auto trauma are reflected to decide a question of the investigation about the reproduction of this road traffic accident.

При судебно-медицинской экспертизе автомобильной травмы, важное значение имеет комплексное исследование повреждений на теле, одежде и обуви пострадавших. В последние годы значительно выросла роль судебно-медицинской экспертизы автомобильной травмы. Это связано как с увеличением транспортного парка и развитием сети дорог, так и с возрастающим требованием со стороны судебно-следственных органов. В связи с этим задачи судебно-медицинской экспертизы не могут ограничиваться лишь установлением наличия повреждения и причины смерти пострадавших в транспортных происшествиях. Наиболее частыми целями судебно-медицинской экспертизы являются: установление наличия, характера повреждений обуви, определения механизма их образования и установление взаиморасположения потерпевшего и транспортного средства в момент получения повреждений, также установление причастности предполагаемого транспортного средства к конкретному происшествию. При проведении экспертизы большое внимание следует уделять следам на обуви (следы скольжения на подошвенной и боковых поверхностях, отрывы подошвы и т.д.), которые в совокупности с другими повреждениями могут помочь дифференцировать наезд, определить направление удара частями транспортного средства и другие важные для следствия моменты (этапы) в механизме травмы.

Пример при проведении медико-криминалистической экспертизы (исследование обуви) из нашей практики:

Из постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы следует, что «16.07.2009 года в 4 часа 50 минут на 35км трассы Усть-Каменогорск – Алматы был совершен наезд на жителя г. Усть-Каменогорск, гр. Р.М. Согласно заключения эксперта причиной смерти гр-на Р.М. следует считать тупую сочетанную травму головы, грудной клетки и левой верхней конечности. По результатам проверки в отношении неустановленного лица возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ст. 296 ч. 2 УК РК: Нарушение лицом, управляющего транспортным средством, правил дорожного движения, повлекшее по неосторожности смерть человека. 16.07.2009г. была установлена автомашина «БМВ 520», водитель которой Г.Б. в 03.40 часов выехал со своей семьей в г. Зайсан

по трассе Усть-Каменогорск - Алматы. Со слов водителя Г.Б., проезжая на 35км. трассы проехав «крутой поворот» и, идя на спуск, он сбавил скорость и по встречной полосе проезжали автобус и легковая машина, которые ослепили его светом фар, затем в двух метрах впереди машины увидел что-то лежащее поперек дороги на асфальте, без движения, по которому, не успев притормозить проехался. Согласно осмотра транспортного средства обнаружены следующие механические повреждения: «передняя балка имеет повреждение в виде вмятины, правый противотуманный фонарь разбит, нижний передний бампер имеет повреждение в виде трещины. Отсутствует нижняя решетка бампера. Других видимых механических повреждений не обнаружено».

На исследование представлены туфли мужские черного цвета без шнурков, из кожзаменителя.

Туфли ношенные, грязные, с потертостями. Поверхность туфель местами покрыта грязно-желтого цвета веществом. Верх туфель имеет следующие элементы: носочная часть, союзка со вставками в виде декоративного шнурка, блокки, беред, рант. (см. фоторисунок 1)

Подошва черного цвета, длиной 307мм, шириной 105мм из резинового материала. Состоит из подметочной, промежуточной и каблучной части. На промежуточной части имеется фабричный знак-марка, также цифрой обозначен размер «41». На следовой поверхности подметки имеется рельефный рисунок в виде геометрических фигур, также на каблучке имеется рельефный рисунок в виде полосок.

На левой туфле, на следовой поверхности каблучной части подошвы, на внутреннем крае имеются царапины, расположенные параллельно друг другу, относительно косо горизонтально, идущие изнутри кнаружи по отношению к подошве. Контуры следов четкие, направленные справа налево, под углом 45°. На подметочной части подошвенной поверхности имеются царапины, расположенные параллельно друг другу, местами прерывистого характера, относительно косо горизонтально, идущие изнутри кнаружи по отношению к подошве. Контуры следов четкие, направленные справа налево, под углом 45°. На подметочной части подошвенной поверхности, на внутренней стороне, на расстоянии 40мм от носочной части имеются царапины, расположенные параллельно друг другу, местами прерывистого характера,

относительно косо горизонтально, идущие в противоположном направлении вышеописанных царапин, спереди

назад по отношению к подошве. Контуры следов четкие, направленные справа налево, под углом 40°.



Рисунок 1.



Рисунок 2.

На правой туфле, на следовой поверхности каблучной части подошвы на передней части имеются царапины, расположенные параллельно друг другу, относительно косо горизонтально, идущие изнутри кнаружи по отношению к подошве. Контуры следов четкие, направленные справа налево, под углом 30°. На подметочной части подошвенной поверхности имеются царапины, расположенные параллельно друг другу, местами прерывистого характера, относительно косо горизонтально, идущие изнутри кнаружи по отношению к подошве. Контуры следов четкие, направленные справа налево, под углом 30°.

На подметочной части подошвенной поверхности, на внутренней стороне, на расстоянии 20мм от носочной части имеются царапины, расположенные параллельно друг другу, местами прерывистого характера, относительно косо вертикально, идущие в противоположном направлении вышеописанных царапин, спереди назад по отношению к подошве. Контуры следов четкие,

направленные справа налево, под углом 30° (см. фоторисунок 2).

Таким образом, на исследованных туфлях потерпевшего Р.М. на следовой поверхности подметочной и каблучной части подошвы обнаружены следы скольжения, характерные при дорожно-транспортном происшествии. Данные следы скольжения на туфлях потерпевшего Р.М. могли быть образованы от удара автотранспортом, при нахождении потерпевшего в вертикальном положении левым боком, с последующим поворотом тела вправо по отношению к автотранспорту.

Этот вывод в дальнейшем помог воспроизвести детали дорожно-транспортного происшествия следственным органам.

Литература:

1. Томилин В.В. «Медико-криминалистическая идентификация». – М., 2000, с. 60-67.
2. С.Д. Кустанович «Исследование повреждений одежды в судебно-медицинской практике». – М., 1965, § 19.

УДК 616-006.448

МИЕЛОМДЫ АУРУ. (ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН ЖАҒДАЙ)

Г.О. Әділханов¹, М.С. Ожиков¹, Н.М. Мырзагулов², Б.К. Касымов³

¹Семей филиалы РМҚК «СМО» ҚР ДСМ, Шығыс ²Қазақстан филиалы РМҚК «СМО» ҚР ДСМ, ³Талдықорған филиалы РМҚК «СМО» ҚР ДСМ

Резюме

МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ. (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Г.О. Адильханов, М.С. Ожиков, Н.М. Мырзагулов, Б.К. Касымов

В период существования Советского Союза на территории нашего Семипалатинского полигона в течение 40 лет производились множественные ядерные испытания. Поэтому в нашем регионе случаи заболевания злока-

чественными новообразованиями, в том числе злокачественными болезнями крови по сравнению с другими регионами Казахстана превышает примерно пять раз. В связи, с чем проблема онкозаболеваний требует тщательного подхода не только со стороны врачей-онкологов, но и других отраслей медицины. Трупы, поступившие на экспертизу, не зависимо от пола и возрастной категории должны подвергаться тщательному исследованию, в случае обнаружения вышеописанных признаков необходимо в обязательном порядке исследование желез внутренней секреции, взятие пунктата из грудины и содержимого длинных трубчатых костей для гистологического исследования.

Summary MYELOMIC DISEASE

G.O. Adilkhanov, M.S. Ozhikov, N.M. Myrzagulov, B.K. Kasymov

In Soviet time on the area of our Semipalatinsk testing area a lot of nuclear tests were carried out during 40 years. So in our region the cases of malignant diseases among them, malignant diseases of the blood exceed in 5 times than in other regions of Kazakhstan. The problem of oncological diseases requires careful approach not only from doctors – oncologists, but also other branches of medicine. Corpses, admitted for the examination irrespective of sex and age, must be subject to careful examination in case of revealing of above mentioned signs, it is necessary to examine the glands of internal secretion, to take punctate from the breastbone and substance of tubular bones for the histological research.

Кіріспе. Қазіргі уақытта қатерлі ісіктер, оның ішінде қан жүйесін зақымдаған түрлері жүрек-қан тамырлары ауруларымен қатар орын алып, адамдардың қайтыс болу себебіне көп жағдайда алып келеді.

Мәселенің көкейтестілігі. Арнайы әдебиеттер бойынша біздің облыста жыл сайын 100000 мың адамның ішінен орташа есеппен төрт адам осы ауруға шалдығады. Ер адамдар мен әйел адамдар арасында осы ауру түрінің таралу көрсеткіштері біркелкі. Көбінесе 50 жастан асқан адамдар осы ауруға шалдығады. Бірақ біздің тәжірибемізде филиал бойынша соңғы 25 жылда осы ауру түрі бірінші рет тіркеліп отыр. Бұл осы патологияны біздің сала бойынша тереңірек зерттеуді қажет етеді.

Жұмыстың мақсаты. Алдағы уақытта осындай патологияны уақытында анықтап және емдеуде қателіктер жібермес үшін, миеломды ауруды клиникалық байқалуын дер кезінде анықтап, оны нақтылау.

Зерттеудің материалдары мен объектісі. Семей филиалы РМҚК «СМО» ҚР ДСМ мәйітханасында анықталған миеломды ауру жағдайы бізде соңғы 20-25 жылда бірінші рет тіркеліп және анықталып отыр.

2011жылы біздің мәйітханаға Семей қаласының маңындағы Шульбинск кентінің психоневрологиялық диспансерінен 40 жастағы әйел адамның мәйіті жеткізілді. Клиникалық, қайтыс болғаннан кейінгі қойылған диагноз: жедел жүрек қан-тамыр жетіспеушілігі. Миокард инфаркты. Миокардиодистрофия. Қосалқы диагноз: шизофрения, үздіксіз ағымы. Галлюцинаторлы-параноидты синдром».

Зерттеу тәсілі: Медициналық құжаттарға және арнайы әдебиеттерге ретроспективті талдау жасалынып, мәйітке сот-медициналық сараптау және оның ішкі ағзаларының бөлшекшелері, мен төс сүйектің кемігінің пунктаты, ортан жілік сүйегінің кемігіне гистологиялық сараптау жүргізілді.

Зерттеу барысы: сараптамаға келтірілген науқас ауруханаға түскенде басында, денесінде және қолдарында көптеген «гүлдену» сатысындағы гематомалар болды. Оның қай уақытта, неден пайда болғанын науқастың жағдайы мен сырқатына байланысты, ол нақты айтып бере алмайды. Науқас стационарда бірнеше тәулік бойында негізгі сырқаты – жүйке ауруы бойынша тиісті ем қабылдаған, бірақ онда келіп түскеннен соң жеті тәуліктен соң аяқ астынан қан қысымы төмендеп, жедел түрде қайтыс болды. Мәйітті сот-медициналық зерттеу кезінде мына төмендегі өзгерістер анықталды: бас сүйектің күмбезінің төбе сүйегінің «садақ тәрізді» тігісі бойында оның төрт жерінен өте қатты жұқарғаны және кішкене сүйек дефектісі бар екендігі анықталды. Осы дефектіден

субдуральді кеңістікке сұйық, қою-қызыл түсті қан жиналған. Ары қарай субдуральді кеңістікте мөлшері 100мл, артқы ми шұңқырларына жиналған жоғарыдағыдай сипаттағы қан және ұсақ ұйыған қан кесектері анықталды. Мәйіттің кеуде қанқасын зерттеп, қарағанда оң жақтан қабырғалары тұсында сірі қабықтың астына көптеген, ұсақ және ірі ошақты қан құйылулары анықталды. Мәйіттің ішкі ағзаларын зерттегенде - бас миы, оның жұмсақ қабықтары қатты ісінген күйде, мидың қыртысының айқын байқалмаған атрофиясы, жүрегі «шар» пішіндес, болбыр, жүрек бұлшық еті сарғыш рендес келгені анықталды. Екі жақ өкпесі ісінген, бауыры тегіс, сарғыш рендес, көлемі ұлғайған, тіні ірі түйіршікті. Ұйқы безі тығыздалған, бұдырлы, кесіп байқағанда тінінің кей жерлерінде май қосындылы болып келген. Бүйректері тегіс, болбырлау, өзіндік суреттері айқын байқалмайды. Мәйітті зерттеудің соңында ішкі ағзалардың бөлшектерінен басқа кеуде сүйегі мен оң жақ ортан жіліктің диафизінен сүйек майы алынды. Осы кезеңде көңіл аударатын жағдай ол осы сүйектердегі заты қою-қызыл түске айналғандығы. Осы ағзаларды гистологиялық сараптама барысында мыналар төмендегілер анықталды: Миеломды ауру. Бас миы, жүрек, өкпе, көк бауырдың тамырларының толыққандылығы. Кардиосклероз. Гепатит. Қуықтың қабынуы. Бас миы затының ісінуі. Бас миы, жүрек, бауыр, бүйректің жасушаларының паренхиматозды дистрофияға ұшырауы.

Сүйек кемігінің тіндерінің плазмобласттар, лимфоцит тәрізді, атипті бір және көп ядролы, алып плазматикалық жасушалардың пайда болуы. Сот-медициналық диагноз: миеломды ауру: сүйек кемігінің тіндерінде плазмобласттар, лимфоцит тәрізді, атипті бір және көп ядролы алып плазматикалық жасушалардың таралуы. Бас сүйектің күмбезінің жұқаруы. Онда дефектінің пайда болуы. Геморрагиялық синдром: қатты ми қабығы астына қан құйылу. Оң жақтан 7-9-шы қабырғалардың сірі қабықтары астына ошақты қан құйылу. Оң жақ ортан жілік диафизі мен кеуде сүйегінің кемігінің «қою-қызыл» түске айналуы. Жүректің ишемиялық ауруы. Ұсақ ошақты кардиосклероз. Созылмалы гепатит. Созылмалы цистит. Бас миы, жүрек, бауыр, бүйрек жасушаларының паренхиматозды дистрофиясы. Ішкі ағзалардың тұрақтап қалған венозды толыққандылығы. Мәйіттің басындағы, дене мен аяқ-қолдардағы «гүлденген» қанталаулары. Бас миы заты мен өкпе тінінің ісінуі.

Осы орын алған жағдай біздің филиалдың ұйымдастыру-тәсілдемелік кеңесінде, дәрігер сот-медицина сарапшылары арасында қаралып, талданды.

Қорытынды. Кеңестер Одағы кезеңінде біздің Семей аймағында 40 жылдан астам уақыт мерзімінде ядролық қаруды сынайтын полигон болғаны бәрімізге белгілі. Осыған байланысты қатерлі ісіктер, оның ішінде қан жасушаларының обыры да кеңінен таралған. Миеломды ауру (халық арасында ақ қан түйіршігі деп аталып жүр) біздің Семей өңірінде соңғы статистикалық мәліметтер бойынша Қазақстанның басқа аймақтарымен салыстырғанда бес есе көп таралған болып табылады. Сондықтан осы миеломды ауруды дәрігер-онкологтар ғана емес, басқа денсаулық сақтау саласының мамандары да тиянақты түрде

талдап, оқып, зерттеуі тиіс. Сараптама келіп түскен барлық мәйіттерді зерттегенде, олардың жас ерекшеліктері, жынысы қарамастан, барлық жүйелері мен ағзалары, оның ішінде жоғарыдағыдай жағдай орын алғанда міндетті түрде ішкі секрециялық бездер жүйесі, төс сүйек кемігі және ұзын түтікті сүйектің заты гистологиялық сараптамаға алынып, арнайы зерттелуден өтуі тиіс.

Әдебиеттер:

1. Санкт-Петербург - «Злокачественные болезни крови», Москва - «Миеломная болезнь-1997г».

УДК 616.62-616.681-006.25

КИСТА ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Ж.Ж. Уахитов, А.С. Гаврильман, Б.Д. Шакабаев, Е.Б. Бектуров, Б.А. Байкуатов

КГП на ПХВ «Аксукая центральная больница», г. Аксу, Павлодарская область

Тұжырым

ҚУЫҚ МОЙНЫНЫҢ КИСТАСЫ (ТӘЖРИБЕДЕГІ БОЛҒАН ЖАҒДАЙ)

Ж.Ж. Уахитов, А.С. Гаврильман, Б.Д. Шакабаев, Б.А. Байкуатов, Е.Б. Бектуров

Бізбен қуық мойнының инфравезикалді бітеуімен асқынған кистасымен ә науқас байқалған. Бул жаит қызығы сырқаттын сирек болып табылды. Әдебиетте және интернет желісінде бул жағдай жайлы мағұмат бшзбен табылмады. Бірінші жағдайда қуықтың цистоскопия кезінде кистаның жарылуына келіп тап болдық(қниста қабырғасының жұқалығына байланысты) айтылған жаит гематурияға әкеліп соқты. Науқастын операциядан бас тартуына байланысты консервативті терапия жүргізілді, не осы науқастын стационарлі емдеу уақытын ұзартты. Екінші жағдайда кистаның қабырғасы қалын рақ болды. Откізілген оперативтік ем. Кистаның үрпі арқылы резекциясы, науқастың ертерек сауығып шығуына және стационарлық ем уақытын қысқартылуына алып келді.

Summary

A CYST OF THE NECK OF URINARY BLADDER (A CASE HISTORY)

ZH. ZH. Uakhitov, A. S. Gavrilman, B. D. Shakabayev, YE. B. Bekturov, B.A. Baikuatov

We observed two cases of a cyst in the area of the neck of urinary bladder, having an infravesical obstruction. The interest and uniqueness of these cases lie in that fact the present pathology is exceptionally rare. In the available literature and Internet we could not find any information concerning this pathology. In the first case, while removing a cystoscope, there occurred oncotomy (on account of a thin cyst wall), which was the reason of haematuria. In the second case the cyst wall was thicker. The carried out open treatment, namely: the transurethral cyst resection, had facilitated an earlier recovery of the patient and shortening of the time of the hospital treatment.

Нами наблюдались два случая кисты в области шейки мочевого пузыря с инфравезикальной обструкцией.

Больной Б. 1977г. Поступил 27.12.10. в экстренном порядке с **Дз: Острая задержка мочи.** С жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания.

Из анамнеза: Со слов заболел остро 27.12.10. около 14.00 когда появились затруднение в середине мочеиспускания. В 16.00 часов не мог самостоятельно мочиться. Обратился к урологу, моча выведена катетером 500мл. Госпитализирован в урологическое отделение АЦБ. Ранее по поводу заболеваний мочеполовой системы не обращался.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сог. Тоны ясные, ритмичны АД120./80 мм.рт.ст. РS78уд.в мин.

Живот мягкий болезнен над лоном. Симптом Пастернацкого отрицательный. Моча выведена катетером 300мл.

Per rectum: Железа обычных размеров, эластичной консистенций, безболезненна, поверхность гладкая, края округлые. Междолева борозда контурируется. Слизистая прямой кишки подвижна.

ОАК НВ143г/л. L 8.6 x10⁹/л. СОЭ 2 мм/час.

ОАМ с.желт. прозр. белок не обн. эп.пл 1-0. в п.з.L ед. в п.зЭр 0 в п.з.

БХА мочевины 6.4.ммоль/л. Креатинин 63 мкмоль/л. **RW** отрицат. **ЯГ** не обнар.

ОУ: Рентген контрастных теней конкрементов не определяется.

ЭУ: Пиелонефрит.

УЗИ Заключение: киста в области шейки мочевого пузыря.

Уретроцистоскопия волоконным цистоскопом Заключение: Пристеночная киста шейки мочевого пузыря, которая послужила причиной инфравезикальной обструкции.

От оперативного лечения отказался. После цистоскопии отмечалась макрогематурия.

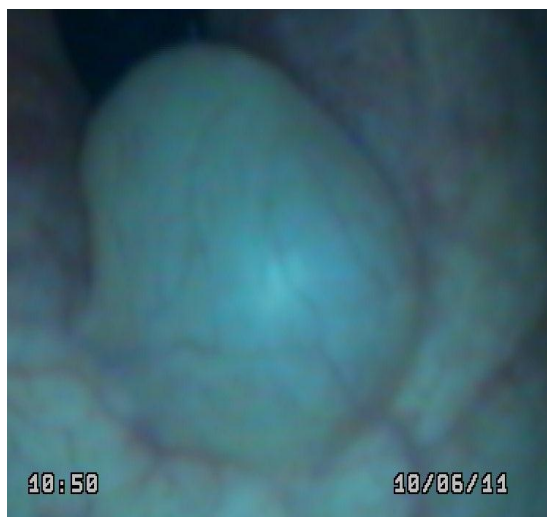


Рисунок 1. Киста в области шейки мочевого пузыря с толстостенной капсулой при цистоскопии

Лечение консервативное: анальгетики, антибиотики, гемостатики, инстилляциии колларгола в мочевой пузырь. Контрольное УЗИ эхо- патологии не выявлено. На 4 сутки отмечается уменьшение гематурии, на 7 сутки гематурия купирована. Контрольная цистоскопия: кисты нет. В результате проведенной терапии состояние больного улучшилось. Мочеиспускание самостоятельное, удовлетворительной струей. 5.01.10.ПАК: Эр $4,69 \times 10^{12}/л$; Hb 154 г/л.; L $6,3 \times 10^9 /л$.; Тр. $366 \times 10^{12}/л$ СОЭ 5 мм/час. Ф: п1; с58; м1; л 40;

ОАМ с/ж., прозр.; уд.вес-1018; белок- не обн.; эп.пл.0-1 в вп.зр.; L 0-1 в п.зр.; эр.ед в п.зр. Выписан 6.01.11 с рекомендациями наблюдение в поликлинике у уролога, нолицин 0.4-1табл. x 2р 10 дн.

Больной К. 1960г. Поступил 26.10.11. в экстренном порядке с **Дз: Острая задержка мочи.** С жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания.

Из анамнеза: Со слов заболел остро 26.11.11. Когда не мог самостоятельно помочиться. Обратился к урологу, моча выведена катетером 600мл. Госпитализирован в урологическое отделение АЦБ. Ранее по поводу заболеваний мочеполовой системы не обращался.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сог. Тоны ясные, ритмичны АД120./80 мм.рт.ст. PS78уд.в мин.

Живот мягкий болезнен над лоном. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Моча выведена катетером 600мл.

Рег rectum Железа обычных размеров, эластичной консистенций, безболезненна, поверхность гладкая, края округлые. Междолевая борозда контурируется. Слизистая прямой кишки подвижна.

ОАК НВ150г/л. L $9.0 \times 10^9/л$. СОЭ 4 мм/час.

ОАМ с.желт. прозр. белок не обн. эп.пл 1-0. в п.з. L 4-5. в п.зЭр 3-4 в п.з.

БХА мочевины 7.1.ммоль/л. Креатинин 82 мкмоль/л. RW отрицат., ЯГ не обнар.

ПСА общ 0.64 нг/мл; ПСА свободный 0.11 нг/мл (17.8%)



Рисунок 2. Инфравезикальная обструкция шейки мочевого пузыря кистой

ОУ: Рентген контрастных теней конкрементов не определяется.

ЭУ: Пиелонефрит.

УЗИ Заключение: киста в области шейки мочевого пузыря.

Уретроцистоскопия волоконным видеоцистоскопом

Заключение: Пристеночная киста шейки мочевого пузыря, которая послужила причиной инфравезикальной обструкции.

28.10.11 Произведено ТУР кисты в области шейки мочевого пузыря. В послеоперационном периоде лечение: анальгетики, антибиотики

Контрольное УЗИ эхо- патологии не выявлено. Цистоскопия: кисты нет. В результате проведенного лечения состояние больного улучшилось. Мочеиспускание самостоятельное, удовлетворительной струей.

5.01.10.ПАК: Эр $4,5 \times 10^{12}/л$; Hb 150 г/л.; L $5,8 \times 10^9 /л$.; Тр. $356 \times 10^{12}/л$ СОЭ 8 мм/час. Ф: п1; с57; м1; л 41; ОАМ с/ж., прозр.; уд.вес-1015; белок- не обн.; эп.пл.0-1 в вп.зр.; L 1-2 в п.зр.; эр.2-3в п.зр.,

Выписан 31.10.11 с рекомендациями наблюдение в поликлинике у уролога, нолицин 0.4-1табл. x 2р 10 дн.

Интерес и уникальность данных случаев заключается в том, что данная патология, встречается крайне редко. В доступной литературе и интернете информации о данной патологии нами не найдено.

В первом случае в виду тонкой стенки кисты при удалении цистоскопа произошло ее вскрытие, которое явилось причиной гематурии. Больной отказался от оперативного лечения. Проводилась консервативная терапия что привело к удлинению сроков стационарного лечения.

Во втором случае стенка кисты была более толстой. Проведенное оперативное лечение: ТУР кисты, способствовало более раннему выздоровлению больного и укорочению сроков стационарного лечения.

В обоих случаях окончательный клинический диагноз Пристеночная киста шейки мочевого пузыря. Острая задержка мочи установлен посредством УЗИ и Цистоскопии

УДК 616.62-008.222-08

НАШ ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.С. Гаврильман, Ж.Ж. Уахитов, Б.Д. Шакабаев, Б.А. Байкуатов, Е.Б. Бектуров, С.Т. Абдрахманов

КГП на ПХВ «Аксукая центральная больница», г. Аксу, Павлодарская область

Тұжырым

ГИПЕРБЕЛСЕНДІ ҚҰЫҚ ҰҒЫМЫНЫҢ ҚҰРАМА ЕМДЕУДІН БІЗДІН ТӘЖЕРИБЕМІЗ

А.С. Гаврильман, Ж.Ж. Уахитов, Б.Д. Шакабаев, Б.А. Байкуатов, Е.Б. Бектуров, С.Т. Абдрахманов

Гипербелсенді құық ұғымы дегеніміз зәр шығуы бұзылуының созылмалы симптомакомплексі. ГБҚҰ негізінде детрузордың нейрогенді және идиопатикалық гипербелсенділігі жатады. Емнің комплексі түріне: жүріс-тұрыс терапиясының үйлескен түрде болуы, құықты жаттықтыру емі, дәрі-дәрмек және физиотерапия емі, императивті дәрет сындыру үрдісіне зор үлесін қосады, қысқа уақытта жақсы нәтижеге жетуіне мүмкіндік туғызады. Әқырғы есепте науқастың өмірінің жақсаруына септігін тигізеді. Кегель гимнастикасын тәғайындаймыз, құық аймағына және шат аймағына диадинамикалық ток өнгәзу, жүріс-тұрыс терапиясын қолданамыз. Науқастың дәрі-дәрмек емінде дриптан (оксибутинин), троспиум (спазмекс) дәрілік заттарын қолданамыз.

Summary

OUR EXPERIENCE OF A COMBINATION THERAPY OF THE HYPERACTIVE URINARY BLATTER

A.S. Gavrilman, Zh. Zh. Uakhitov, B. D. Shakabayev, B.A. Baikuatov, Ye. B. Bekturov, S.T. Abdrahmanov

The hyperactive urinary bladder (HUB) is a chronic symptom complex of the urination derangement. Basically, the HUB rests on hyperactivity of a detrusor of the neurogenic or idiopathic nature. The comprehensive approach to treatment, namely: a combination of the behaviour therapy, exercising of the urinary bladder, pharmacotherapy and physiotherapy will have a significant effect on the imperative urination syndrome, allow to obtain good results in a shorter time, having a minimum of side effects. What, eventually, results in improvement of the quality of patients' life. We used to order Kegel's exercises, diadynamic currents to the area of the urinary bladder and perineum, we bring into use the behaviour therapy. In drug treatment of patients we administer as follows: Driptane (Oxybutynin), Trospium (Spasmex).

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) - хронический симптомакомплекс нарушения мочеиспускания. Он характеризуется учащенным мочеиспусканием в сочетании или без ургентного недержания мочи и ноктурией (мочеиспускание в период от засыпания до пробуждения).

В основе ГМП лежит гиперактивность детрузора нейрогенного или идиопатического характера.

ГМП наблюдается в любом возрасте у 16-17% мужчин и женщин. Проблема ГМП и ургентного недержания мочи занимает значительную долю среди заболеваний и причин снижения качества жизни больных.

Основным уродинамическим критерием ГМП являются произвольные сокращения детрузора во время фазы наполнения мочевого пузыря. Детрузорная гиперактивность проявляется повышением внутрипузырного давления, которое вызывает ургентные позывы на мочеиспускание. Таким образом, можно сказать, что при ГМП страдает в основном функция накопления.

Известно, что высокая эффективность отмечается при комплексном лечении ГМП, сочетании поведенческой терапии, тренировки мочевого пузыря, медикаментозной и физиотерапии.

Методы: Пациентам назначаем гимнастику Кегеля для укрепления мышц тазового дна. Которое включает поочередное сокращение и расслабление мышц, поднимающих задний проход. Длительность упражнения от 1–2 с, 10–15 с постепенно увеличивают: от 30 с до 2 мин. Упражнения выполняются 3 раза в сутки в различных положениях (лежа, сидя или стоя). Упражнения в дальнейшем выполняют при нагрузках (чихании, вставании, прыжках, беге).

В медикаментозном лечении больных используем антихолинергические средства (М-холиноблокаторы): дриптан (оксибутинин), троспиум (спазмекс).

Дриптан (оксибутинин), применяем в дозе от 3 до 5 мг 2-3 раза в сутки, в случае хорошей переносимости с

последующим увеличением дозы на 2,5 мг каждые 2 нед до достижения клинического эффекта.

Троспиум (спазмекс) препарат назначаем от 10 до 30 мг 2-3 раза в сутки, в зависимости от клинической картины и тяжести заболевания.

Накопление тропия хлорида в мочевом пузыре может приводить к дополнительному местному воздействию, существование которого показано в исследованиях его внутривезикулярного применения.

При ГМП пользуемся препаратами, воздействующими на симпатические рецепторы. $\alpha 1$ -адреноблокаторы: тамсулозин (омник) назначаем (0,4 мг/сут), теразозин (сетегис) 1-10 мг/сут доксазозин (кардура), альфузозин (дальфаз) 2.5-5мг/сут. Препараты данной группы могут применяться для лечения симптомов ГМП как у мужчин, так и у женщин, особенно в случаях возникновения симптомов ГМП на фоне подтвержденной функциональной инфравезикальной обструкции.

В отдельных случаях с целью седативной терапии используем диазепам 10мг 1раз на ночь.

В лечении женщин старшей возрастной группы с ГМП применяем заместительную гормональную терапию.

Электрическая стимуляция также является эффективным методом лечения гиперактивного мочевого пузыря. Она применяется с целью снижения чувствительности мочевого пузыря и увеличения его функциональной емкости, что достигается путем прямого или опосредованного раздражения нервных волокон слабым электрическим током. С этой целью мы назначаем ДДТ на область мочевого пузыря и промежности.

Применяем поведенческую терапию, которая так же является неотъемлемой составной в лечении ГАМП.

Больным рекомендуем установить определенный ритм мочеиспусканий и

постепенно увеличивать интервалы между мочеиспусканиями. С целью увеличения функциональной емкости мочевого пузыря рекомендуем отказ от привычки

мочиться «на всякий случай» (перед выходом из дома, перед едой), ночью мочиться только в том случае, когда просыпаются при позыве на мочеиспускание.

Хотелось бы отметить необходимость длительной терапии в лечении больных с ГМП для достижения максимальных результатов, что позволяет достигнуть высокого качества жизни таких больных.

Продолжительность терапии, включая все ее разновидности, не менее трех месяцев. После подбора адекватной и эффективной терапии ГМП требуется последующее диспансерное наблюдение и контрольные обследования с интервалами в 3–6 мес.

Материалы:

Нами пролечено 45 больных ГАМП. У 40 из них в ходе лечения отмечались увеличение емкости мочевого пузыря и вместе с этим у 25 больных произошло снижение числа мочеиспусканий в сутки, у 15 больных прекратились эпизоды ночного мочеиспускания.

5 пациентов прекратили лечение в связи с побочными эффектами применения препаратов. Причем, развитие побочных эффектов привело к отказу от лечения у 1 больного, получавшего лечение троспиумом хлоридом и 2 больных, употреблявших оксибутинин. 1 пациент прекратил лечение ввиду недостаточной эффективности коррекции расстройств мочеиспускания.

Выводы: Таким образом, следует отметить, необходимость комплексного подхода в лечении ГМП: сочетания поведенческой терапии, тренировки мочевого пузыря, медикаментозной и физиотерапии. Такая терапия направлена на устранение беспокоящих симптомов и улучшение уродинамических показателей, т. е. снижение активности детрузора, а так же увеличение функциональной емкости мочевого пузыря.

Медикаментозная терапия является неотъемлемым компонентом лечения ГМП. Среди медикаментозных методов лечения антихолинергические препараты занимают ведущее место в терапии ГМП.

Комплексный подход в лечении ГМП с одновременным применением различных методов оказывает значимое влияние на синдром императивного мочеиспускания, позволяют получить хороший результат в более короткие сроки, при минимуме побочных эффектов. Что, в конечном счете, приводит к улучшению качества жизни пациентов.

Литература:

1. Коршунов М.Ю., Кузьмин И.В., Сазыкина Е.И., Стрессовое недержание мочи у женщин. Ex Libris "Журнал акушерства и женских болезней" 2003.
2. Гомберг В. Г., Особенности лечения недержания мочи у пожилых женщин «Урология сегодня» №2, 2012.
3. Тарасов Н.И. Современная до госпитальная диагностика и лечение недержания мочи у мужчин и женщин. 2003г 25стр
4. Гильязов А.Х., Недержание мочи: можем ли мы помочь нашим пациентам? Кафедра урологии АГИУВ г. Алматы
5. Лоран О.Б., Недержание мочи у женщин, этиология, патогенез, диагностика
6. Janssen C. C., Lagro-Janssen A. L., Felling A. J. The effects of physiotherapy for female urinary incontinence: individual compared with group treatment // BJU. Int. - 2001. - Vol. 87. - N 3. - P. 201–206.
7. Hay-Smith E., Bo K., Berghmans L. et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane review) // Oxford: The Cochrane Library, 2001.

УДК 616.8-00-053.1+612.017.1

ОСОБЕННОСТИ ИММУНИТЕТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Г.Б. Ульмисекова

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г.Астана

Поражения иммунной системы, в том числе врожденные нарушения ее формирования в настоящее время оказываются одной из наиболее распространенных патологий.

Известно, что развитие разных регуляторных систем организма протекает параллельно и подвергается воздействию одних и тех же неблагоприятных факторов [1,2]. Поэтому большой интерес представляет анализ взаимоотношений иммунной и нервной систем в процессе онтогенеза, в том числе во внутриутробном периоде, а с практической точки зрения – влияние нарушений развития нервной системы на иммунитет ребенка и наоборот [3,4]. Одним из подходов к соответствующему анализу является проверка гипотезы о позитивном влиянии коррекции иммунологических нарушений на состояние центральной нервной системы при ее врожденном поражении.

Цель исследования: Определить особенности иммунитета у детей с внутриутробными поражениями центральной нервной системы

Материалы и методы. Всего обследовано 28 детей с врожденным поражением нервной системы, развившимися на фоне верифицированной внутриутробной

инфекции, что послужило основными критериями для включения в исследование.

Критериями исключения больных детей из исследования были: выявление врожденного поражения нервной системы в срок более 10 дней после родов и невыполнение первичного обследования в полном объеме; наличие врожденных пороков развития сердца, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, преобладающих в клинической картине врожденных поражений; смерть ребенка в возрасте до 6 месяцев; отказ родителей от участия в исследовании.

Контрольную группу составили 40 новорожденных детей без признаков внутриутробного инфицирования и каких бы то ни было врожденных патологий.

Первичное обследование проводилось в срок до 10 дней с момента рождения.

Обследование осуществлялось в два срока – в период новорожденности и срок 3 месяца.

С целью сокращения представления недостоверной информации в структуре анализа среди всех исследованных показателей были выделены параметры, в наибольшей степени отражающие нарушения состояния иммунной системы у детей с врожденными пораже-

ниями ЦНС, которые и проанализированы в отдельных группах.

Определялись отдельные показатели клеточного, гуморального и фагоцитарного звеньев иммунной системы (содержание лимфоцитов отдельных кластеров дифференцировки, индекс торможения миграции лим-

фоцитов, концентрация интерлейкинов, иммуноглобулинов и ЦИК, показатели фагоцитоза).

Результаты исследования и их обсуждение:

В таблице 1 представлены данные о состоянии иммунной системы у детей с врожденными пороками ЦНС.

Таблица 1 - Особенности нарушений иммунного статуса у детей с врожденными пороками ЦНС

Показатель	Новорожденные		Дети в возрасте 3 месяцев	
	группа сравнения, n=40	с ВПР ЦНС, n=28	группа сравнения, n=40	с ВПР ЦНС, n=24
CD3+, *10 ³ /мкл	2,53±0,11	1,64±0,09**	2,30±0,09	1,69±0,10*
CD3+CD4+, *10 ³ /мкл	1,55±0,08	0,81±0,05**	1,31±0,06	0,88±0,06**
ИТМЛ, %	49,2±2,6	60,7±3,0*	42,0±2,0	64,2±2,7**
IL-2, пг/мл	13,9±1,6	8,2±0,8*	15,0±1,7	6,2±0,4**
IL-10, пг/мл	27,3±2,5	7,7±0,7**	21,6±2,4	9,6±0,7*
IgA, г/л	0,67±0,04	0,33±0,03**	0,89±0,05	0,55±0,02**
ЦИК, ЕОП	0,022±0,001	0,025±0,001*	0,029±0,001	0,042±0,003*
Фагоцитарное число	3,7±0,2	2,1±0,1**	4,8±0,3	2,1±0,2**
НСТ-тест, спонт., %	14,9±0,8	20,5±1,1*	22,3±1,2	22,5±1,1

У новорожденных с ВПР ЦНС отмечались высокодостоверные различия по исследованным показателям иммунитета с группой сравнения. Отмечалось выраженное снижение содержания в крови CD3+ клеток (на 35,2%, $p < 0,01$). Почти вдвое ниже, чем в группе сравнения было абсолютное содержание CD3+CD4+ клеток ($p < 0,01$). В то же время, функциональный показатель клеточного звена иммунной системы – ИТМЛ – имел превышение на 23,4% ($p < 0,05$). Значительное снижение отмечалось в отношении содержания иммунорегуляторных цитокинов. По уровню IL-2 различия составили 41,0% ($p < 0,05$), IL-10 – 71,8% ($p < 0,01$).

Вдвое в сравнении со здоровыми новорожденными ниже было содержание в крови IgA ($p < 0,01$), напротив, концентрация ЦИК имела тенденцию к превышению контрольного показателя. Фагоцитарное число было высокодостоверно ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,01$). Уровень метаболической активности лейкоцитов в спонтанном НСТ-тесте был достоверно выше на 37,6% ($p < 0,05$).

В возрасте 3 месяца содержание CD3+ было ниже контрольного на 26,5% ($p < 0,05$). Абсолютное число CD3+CD4+ клеток, хотя и имело тенденцию к увеличению относительно уровня у новорожденных, тем не менее, оставалось достоверно ниже, чем в группе сравнения (на 32,8%, $p < 0,01$). Величина ИТМЛ имела тенденцию к снижению по отношению к новорожденным группы сравнения и к росту – при наличии ВПР ЦНС. Различия по данному показателю достигли 52,9% ($p < 0,01$).

Разнонаправленные тенденции имелись и в отношении содержания IL-2. Если в группе сравнения данный показатель имел тенденцию к росту, то в основной группе – динамику к снижению. Различия достигли 58,7% ($p < 0,01$). Напротив, относительно сблизилась средняя величины содержания IL-10. Тенденцию к росту характеризовали содержание в крови IgA в обеих группах, при этом концентрация данного иммуноглобулина оставалась достоверно сниженной у детей с ВПР относительно группы сравнения ($p < 0,01$). Содержание ЦИК к группе детей с ВПР ЦНС в динамике возрастало. Степень превышения над здоровыми детьми достигла 44,8% ($p < 0,05$).

Фагоцитарное число повышалось в группе сравнения и не имело динамики в основной. Величина показателя

НСТ-теста не имела достоверных различий между группами.

Таким образом, у больных с врожденными пороками развития ЦНС обследованной группы выраженные отклонения от показателей контроля наблюдались как в момент новорожденности, так и сохранялись на протяжении, по крайней мере, нескольких месяцев, кроме того, некоторые параметры имели тенденцию к превышению исходных отклонений.

Даже тяжелые пороки развития ЦНС не всегда являются причиной летального исхода у детей раннего возраста. Непосредственными причинами такого остаются чаще всего инфекционные осложнения. Отклонения морфофункциональных показателей иммунной системы у таких детей могут служить одной из причин развития инфекционного процесса. В частности, все три из четырех летальных исходов у детей данной группы, произошедших в срок до 3-х месяцев, связаны с гнойными инфекциями. В последствии наблюдались дополнительные случаи летальности также по этой причине.

При наличии хотя бы малейших возможностей сохранения жизни и развития человеческой личности современные правила гуманности предусматривают использование всех подходов к сохранению жизни. Поэтому, учитывая полученные данные о состоянии иммунной системы детей, у которых имеют место врожденные пороки развития ЦНС, актуальным подходом в их ведении может являться иммунореабилитация.

Литература:

1. Антонов О.В., Антонова И.В., Дробаш О.В. Внутритрунные инфекции и врожденные пороки развития у плода и новорожденных детей // Детские инфекции. 2005. – Т.4, №2. – С.34-39.
2. Симонова Т.А. Клинико-патогенетические аспекты формирования врожденных пороков развития плода. – Автореф. дисс. к.м.н. – Кемерово, 2007. – 22 с.
3. Боровкова, Е.И. Взаимодействие инфекций с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода // Рос. вестн. акушеро-гинекологов. – 2005. – № 5. – С.50-54.
4. Hunt J.S., Johnson P.M. Immunology of reproduction // Encyclopedia of Reproduction / Eds. E. Knobil, J. D. Neill. N. Y.: Academic Press, 1997. – Vol.2.

УДК 616.381-002-07-089+615.035.7

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ**Ж.С. Спатаев****АО "Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи", г. Астана****Резюме**

Большое значение имеет безошибочное интраоперационное обнаружение причины перитонита и проведение соответствующей экстренной операции. Проведение тщательной ревизии органов брюшной полости во время операции позволяет избежать развития новых, более серьезных осложнений и снизить показатель летальности при перитоните.

Тұжырым**ПЕРИТОНИТТИ ЕМДЕУДЕ ОПЕРАЦИЯ КЕЗІНДЕГІ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚАТЕЛІКТЕР****Ж.С. Спатаев**

Перитонитті емдеуде операция кезіндегі перитониттің даму себебін дұрыс анықтап, жедел операцияның қажет түрін жасаудың маңызы зор. Операция кезінде іш қуысы ағзаларын мұқият тексеру перитониттің одан әрі асқынуын тежейді және летальдық көрсеткішін төмендетеді.

Summary**INTRAOPERATION DIAGNOSTIC MISTAKES AT A PERITONITIS****Zh.S. Spataev**

The significant role has the intraoperation revealing of the etiology of a peritonitis and carrying out of a respective immediate surgery. Carrying out of careful audit of organs of an abdominal cavity during operation allows to avoid development of new, more serious complications and to lower a lethality indicator at a peritonitis.

Несмотря на значительный прогресс в развитии медицины, летальность при перитоните остается высокой и достигает до 70%, что определяет необходимость повышения эффективности лечения этого осложнения. Исходя из патогенеза заболевания, важнейшей задачей оперативного вмешательства при перитоните является устранение (или изоляция) источника хирургической инфекции и адекватная санация брюшной полости [1,2,3,4,5]. В этих случаях большое значение имеет безошибочное интраоперационное обнаружение причины перитонита и проведение соответствующей экстренной операции.

Целью настоящего сообщения является изложение последовательности выполнения диагностических и лечебных мероприятий у больного с перитонитом, поступившим в АО "Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи" г. Астаны, как редкий случай из клинической практики.

Случай из практики: Больной М., 28 лет, поступил в хирургическое отделение АО "Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи", г. Астаны 17 февраля 2010 г, с диагнозом: Перитонит. Из анамнеза выяснено, что 12 часов назад появились внезапные резкие боли в животе. В анамнезе у больного в последние два месяца беспокоили давящие боли в правом подреберье, слабость. Шесть месяцев назад получил удар тупым предметом в правое подреберье. За медицинской помощью не обратился. При поступлении состояние больного тяжелое. Язык суховат, обложен белым налетом. Пульс 100 ударов в минуту. АД 100/60мм.рт.ст. Живот напряжен, болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах живота. Газы не отходят. Мочеиспускание свободное. В стационаре больному проведено УЗИ органов брюшной полости, патологии не обнаружено. На обзорной рентгенографии брюшной полости свободного газа и чаш Клойбера не обнаружены. Общий анализ крови при поступлении: гемоглобин – 150 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 46 мм/час, лейкоциты – $20,8 \times 10^9/л$, базофилы - 0, эозинофилы - 1, палочкоядерные - 8, сегментоядерные - 64, лимфоциты - 21, моноциты - 6.

На основании клинической картины больному выставлен диагноз: Перитонит.

Проведено экстренное оперативное вмешательство после кратковременной предоперационной подготовки.

Название операции: Лапаротомия. Санация и дренирование брюшной полости.

Описание операции: После обработки операционного поля в условиях интубационного наркоза произведена лапаротомия.

В брюшной полости обнаружена 700 мл желтого гнояного выпота во всех областях живота, с преимущественным накоплением в подпеченочной области справа. Выпот осушен. Брюшная полость промыта раствором антисептика. При тщательной ревизии органов брюшной полости источник перитонита не обнаружен. Осмотрены все отделы желудочно-кишечного тракта на возможную перфорацию. Произведена ревизия сальниковой сумки и задней стенки желудка через окно в мезоколон. Проведена проба на крахмал – результат отрицательный. Ревизирован червеобразный отросток – без патологии. Осмотрены органы гениталий - источник инфекции исключен. Брюшная полость дренирована. Имеются умеренное раздутие петель тонкой кишки, гиперемия, перистальтика кишечника сохранена. В связи с тем, что причина перитонита не установлена, несмотря на тщательную ревизию органов брюшной полости во время операции, хирурги выставили послеоперационный диагноз: Криптогенный перитонит.

В послеоперационном периоде больной находился в отделении интенсивной терапии, но несмотря на проведенное интенсивное лечение состояние больного не улучшалось. Нарастали признаки эндотоксикоза. Больному проведена УЗИ брюшной полости, на котором обнаружена полость с жидкостным содержимым в проекции печени. Больной взят на повторную операцию с диагнозом: некупированный перитонит. Произведена операция: релапаротомия, санация, дренирование абсцесса печени и брюшной полости. На операции обнаружено около 300 мл гнояного содержимого в правом подпеченочном пространстве и правом боковом канале, осушено, при дальнейшей ревизии обнаружена микроперфорация абсцесса печени в брюшную полость в

проекции 6 сегмента печени. Полость абсцесса расширена, выделился около 60 мл гнойного содержимого. Полость абсцесса промыта и дренирована. Брюшная полость тщательно санирована и дренирована.

Послеоперационный диагноз: Абсцесс печени с прорывом в брюшную полость. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит. В послеоперационном периоде проведена интенсивная терапия. Больной на 10 сутки выписан в удовлетворительном состоянии.

Во время первой операции допущена ошибка при ревизии брюшной полости, интраоперационно не обнаружена причина перитонита, выставлен ошибочный диагноз: криптогенный перитонит. На примере данного случая, как редкая причина перитонита, мы хотели поделиться своим опытом работы и информировать о возможных трудностях интраоперационной диагностики причин перитонита.

Таким образом, большое значение имеет безошибочное интраоперационное обнаружение причины перитонита и проведение соответственной экстренной операции. Несмотря на проведение дооперационных современных инструментальных исследований, таких как УЗИ и рентгенография органов брюшной полости, причина перитонита не установлена и до операционном этапе и во время первой операции.

Проведение тщательной ревизии органов брюшной полости во время операции позволяет избежать развития новых, более серьезных осложнений и снизить показатель летальности при перитоните.

Литература:

1. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. М.: Медицина, 2008.
2. Зарубина Т.В., Гаспарян С.А. Управление состоянием больных перитонитом с использованием новых информационных технологий. - Москва.2009. - 265 с.: ил.
3. Гельфанд Е.Б. Абдоминальный сепсис при перитоните: клиническая характеристика и эффективность антибактериальной терапии. Автореф. канд. мед. наук. М. 1999.
4. Nystrom P.O. The systemic inflammatory response syndrome: definitions and aetiology. J. Antimicrob. Chemotherapy 1998; 41: 1-7.
5. Solomkin J. S. Meta-analysis of antibiotic treatment of peritonitis. Abdominal infections: new approaches and management. Symposium, October 6, California, USA.1996: 3-4.

Мазмұны

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау мекемесі	
А.С. Тулеуова, Д.С. Жарлыганова	5
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау біріктірілген жүйесінде нормативті алғышарттар	
Н.Е. Глушкова	7
Қазақстан Республикасы және шетел жастарын қолдаудағы медициналық-әлеуметтік үлгілері	
Г. Бегалиева, Т. Мажитов, Л. Бюрабекова	9
Қазақстан мен Сингапурдың стационарлы деңгейінде дәрілік қамтамасыз ету саясатына салыстырмалы талдау	
Медициналық білім берудің сұрақтары	
Н.Е. Глушкова, Ж.А. Омарғалиева	14
Медико-әлеуметтік сервиске жас адамдардың кедергілерден өтуге рұқсат алу туралы әдебиеттерге шолу	
Ж. Кожаниязова, М. Матиева	15
Студенттердің өзіндік жұмысы туралы	
Мақалалар	
Т.К. Рахыпбеков, Т.А. Адылханов, А.К. Мусаханова, Н.Е. Аукенов, Л.М. Пивина, Т.И. Белихина, А.С. Керимкулова	18
Гендік полиморфизмді зерттеу негізінде радиациялық фактордың әсеріне түскен қан айналым жүйесіндегі нозологияға дейінгі аурулардың диагностикасы және профилактикасы	
Т.А. Адылханов, Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова, Т.И. Белихина, А.К. Мусаханова, Г.М. Шалгумбаева	20
Қан айналым жүйесіне радиациялық және радиациялық емес факторлардың әсері және олардың дәлелдемелі медицина тұрғысынан профилактика әдістері	
Л.К. Каражанова, М.А. Капакова, З. Муслимова	23
Распределение антигенов HLA у больных инфарктом миокарда при сочетании цереброваскулярной патологией	
М.Т. Аубакиров, А.А. Дюсембаев, М.С. Санбаев, М.С. Дюсупжанов, Е.А. Жумажанов, Т.М. Шарипов, А.Д. Жаркимбаева, О.Т. Ван, Л.Ю. Еремина, Н.А. Абдухаимов	27
Балалардағы Гиршпрунг ауруы және аноректалды аймақта кемістіктердің даму жағдайы бойынша отадан кейінгі қайта қалпына келтіру терапиясы	
М.М. Гладинец, Д.Ф. Багаутдинов, Л. Ю. Еремина, З. Токай, Я.В. Шульгин, М.Е. Темиржанов	29
Жедел жабысқақты ішек өтімсіздігінің оперативті емінің кем салдарлары	
М.К. Сыздықбаев, В.А. Куртуков, Т.Х. Сыздықбаев, Н.А. Абдухаимов	32
Жедел абсцесс және өкпенің іріндеуі кезіндегі кешенді емдеу кезінде плазманың криосупернатантының фракциясын қолдану және жоғалтқан плазманың орнын плазманың криосупернатанттың фракциясымен қалпына келтіру	
М.М. Гладинец, Д.Г. Кондратьев	33
Ересек және егде жастағы науқасқа жасалған холецистоэктомиядан кейінгі асқынулар	
Н.Р. Рахметов, М.Ж. Аймағамбетов, Л.Ю. Еремина	36
Өт-тас ауруы кезінде кіші-лапаротомияны хирургиялық ем кезінде қолдану	
А.Е. Курмангазина	37
Балаларда күйік ауруларының асқынуының алдын алуда шұғыл хирургиялық некрэктомия	
Г.Ж. Ығиев	38
Фиброоптикалық бронхоскоп көмегімен трахеяның қиын интубациясы	
А.М. Жайсанбаев	39
Семей қ. бойынша иық сүйегінің диафиз сынығын емдеудің шалғай нәтижелері: сапалы зерттеу	
О.А. Кожаметов	40
2011 жылғы Семей қ. бойынша тізесүйегінің сынықтарының жиілігі	
А.М. Жайсанбаев	42
2011 жылғы Семей қ. бойынша өкше сүйегінің сынықтарының жиілігі	
Р.М. Жумамбаева, К.А. Тулеуов, Л.Б. Дюсенова, Д.К. Кожаметова, З.Л. Алимбекова, З.И. Мынжанова	43
Деформацияланған остеоартрозды электрофорез және карипазиммен жүйелі емдеу	
А.Е. Курмангазина	45
Балалардағы иық сүйегінің диафизарлы сынығын консервативті емдеу әдістері	
Л.А. Муковозова, Ш.А. Кұлжанова, И.В. Избасарова, З.А. Әділханова, С. Арчабаева	46
Сакроилеитті клиника - рентгенологиялық әсер етулер жітілеу бруцеллезінде	
Г.Ж. Ережепова	47
Өкпе туберкулезінің дәріге төзімді түрімен ауыратын жасөспірімдердің мінездемесі	

К.С. Игембаева, Н.Б. Нургалиев, С.М. Дутбаева, Г.К. Дюсембекова, К.А. Ешмухамбетова, Ж.Ж. Тынымбаева, Н.Ж. Елемесова, А. Шалапутова	49
Әлеуметтік жағдайлары төмен топқа жататын адамдар арасындағы тыныс ағзалары туберкулезінің клиникалық құрылымы	
Б.К. Жаркенова, Г.Ж. Ережепова, Н.К. Нурымханова	50
Туберкулезді менингитпен ауыратын науқастардың клиникалық құрылымы	
К.С. Игембаева, С.М. Дутбаева, Н.Б. Нургалиев, Г.К. Дюсембекова, К.А. Ешмухамбетова, Ж.Ж. Тынымбаева, Н.Ж. Елемесова, А. Шалапутова	51
Тыныс ағзалары туберкулезімен алғаш рет ауырған адамдардың мінездемесі	
Г.Ж. Ережепова	52
Семей қаласындағы жасөспірімдер арасындағы туберкулез ауруының сиппатамасы	
А.Ж. Байбусинова, А.К. Мусаханова, Ж.А. Омаргалиева, Т.А. Суттибаева	54
Семей қ. оқушылардың денсаулығының медициналық әлеуметтік қағидалары	
Г.Қ. Алшынбекова	58
Мұнай өнеркәсібі аймағында тұратын балалар миының биоэлектрлік белсенділігінің өзгеру ерекшеліктері	
К.К. Рахимжанов, Б.М. Майлыбаев, А. Ракишева, С.Б. Байдолдина, Л. Кудербаева, Б.Б. Тулькубаев, Е.Р. Шокаев	60
Балаларда іріңді трахеобронхитте бронхтың сілемейлі қабықшасы жасушалық құрамы мен жасушадан тыс субстраттарды эндоскопиялық және цитоморфологиялық зерттеу	
Ж.А. Мусабекова	62
Жатыршілік өкпе қабынуы кезінде альфа-фетопротеин деңгейінің диагностикалық маңыздылығы	
К.К. Рахимжанов, Б.М. Майлыбаев, Б.Б. Тулькубаев, С.А. Изнаиров, М.Т. Еркебаев	63
Балаларда созылмалы іріңді трахеобронхиттердің әртүрлі формаларын цитологиялық және биохимиялық негіздеу	
У.С. Самарова, Д.М. Битебаева, Т.А. Суттибаева	65
Жасөспірімдердің шылым шегуі денсаулықты қорғауда мәселе ретінде	
Г.Т. Камашева, Р.Ж. Бактыбаева, К.Н. Жанасова, Г.М. Майжанова, К.Ж. Койшыбаева	67
Семей қаласы жиі ауыратын балаларының клиникалық түрлері	
Р.Е. Тулеутаева	69
Созылмалы пиелонефритпен науқастарда пробиотикалық емнің қолдану мүмкіндігі	
Р.Е. Тулеутаева, А.Р. Махатова, Г.Б. Кактаева, Р.О. Бельгебаева, О.Б. Сапарова	72
Өсімдік препараты Канефрон ®н-нің созылмалы қайталанатын ағымды пиелонефриті бар науқастарға қолдану сынағы	
Д.Е. Жангирова, М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ф.К. Тусунбаева, Ш.К. Акинжанова, А.К. Хайбулина, А.Б. Баймуханова	74
Актовегин диабетикалық табан синдромы емінде	
М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ф.К. Тусунбаева, Ш.К. Акинжанова, Д.Е. Жангирова, Р.К. Ельчибаева	75
Семей регионының йодқа қамтамастығы және тиреоидты патологиясы	
Р.М. Жумамбаева, Л.Б. Дюсенова, Д.К. Кожаметова, Г.К. Оразбаева, Д.Серикболова	77
Семей қаласындағы «Қарттармен мүгедектерге арналған МӘМ» ЖМҚ Б ауырған ЖММ науқастардың сауықтыру	
Р.М. Жумамбаева, П.С. Сулейменова, С.Б. Кайдарова, А.Б. Калымжанова, Д.Х. Даутов	79
2011 жылы Семей қаласының №2 қалалық ауруханасының терапия бөлімшесі бойынша аурушандықтың структуралық құрылымы	
Е.П. Бендриковская, Б.Ж. Сарбасова, М.Т. Елемесова, ⁴Т.Ш. Матунова, ³С.М. Исаханова, А.Ж. Адилбеков	82
Өткір коронарлық синдром кезінде қолданылатын тромболизистік терапия	
Н. Жумадилова	83
Өткір коронарлық синдром жағдайындағы реперфузиялық терапия	
Е.П. Бендриковская, Б.Ж. Сарбасова, Ш.О. Калиева, А.И. Сторож, Н.Н. Чернова, Б.С. Сейсекенова, А.Ж. Адилбеков	85
Бронхылық астма ауруында қолданылатын кешенді емдер	
А.М. Бегалина, К.С. Бейсембаева, А.М. Шулепова	87
Жүрек-қантамыр жүйесі ауруларының қауіп факторлары және алдын алу шаралары	
Г.С. Бекбаева, Г.Ж. Нурмуханбетова, А.А. Мырсеитова, Б.С. Сейсекенова	89
Отбасылық дәрігер тәжірибесінде жүрек қан тамырлар ауруларының алдын алу	
Р.М. Жумамбаева, К.А. Тулеуов, Н.А. Балашкевич, С.К. Зияданова, З.А. Алимбекова, Б.Т. Рысбекова	90
Амлипин әсері кезіндегі метаболикалық синдромы бар науқастардың эритроциттерінің агрегациялық қасиеті	

Г.С. Бекбаева, Г.Ж. Нурмуханбетова	92
Отбасылық дәрігер тәжірибесіндегі гастроэзофагальдық рефлюкс	
Р.М. Жумамбаева, К.А. Тулеуов, И.А. Избасарова, С.К. Зияданова	93
Метаболикалық синдром, немесе синдром х. Патогенезі жайлы қазіргі көзқарас	
Б.К. Касымов	95
Семей аймағы бойынша жол-көлік жарақатынан қайтыс болғандарға медиктік - әлеуметтік талдау	
Т.Д. Байбулатов, К.С. Ожаров, Ш.Е. Садвокасова, М.М. Байсадықов, Б.К. Касымов	97
ҚР ДСМ «Сот медицина орталығы» Шығыс Қазақстан филиалы филиалында тірі тұлғалар бөліміндегі жұмыс уақытының шығынын мен сараптаманы өткізу байынша зерттеу жүргізу	
К.М. Сейтахметов, А.К. Мухаметкалиева, М.К. Камелова, М.М. Байсадықов, Б.К. Касымов	100
Этиленгликольді «Кристаллюкс-4000м» газ хроматографында анықтау	
В.А. Скуридин, Т.Д. Байбулатов, В.Ю. Вересов, Н. Орынбасаров, А.Х. Жармухаметов	101
Сот-медицина жұмысындағы павловский атындағы вирустық өкпе аурулардың цитодиагностикасы	
Н.С. Игисинов, Г.Б. Кожаметова	103
Қазақстан Республикасында өзіне өзі өлтірудің таралуына анализ	
К.М. Сейтахметов	105
Определение карбоксигемоглобина в крови трупного материала и статистический анализ в динамике с 2006-2010 годы по данным ВК Филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК	
К.С. Ожаров	108
2009-2011 жылдар аралығында Өскемен қаласында «Сот-медицина орталығы» РМҚК ШҚ филиалында жәбірленушілер, айыпталушылар және басқа тұлғаларды сараптау бөлімінде сот-медициналық сараптамаларға жүргізілген талдау	
А.Д. Ожарова	111
2009-2011 жылдар аралығында РМҚК «Сот-медицина орталығы» ШҚ Филиалы сот-биология бөлімшесінің жұмысын талдау	
Б.А. Жетпісбаев, Д.К. Нұрмұқанов, О.З. Ильдербаев, А.Ш. Қыдырмолдина	113
Түзету мекемелерінде қамалғандардың жалпы жіктелуі және ұғымдары	
Л.М. Садвокасова, В.Ю. Купреев, С.А. Губин	116
Дентальдың имплантологияның даму тарихы	
В.И. Лукьяненко	119
Толық алмалы-салмалы протездің базисының көлемді модельдеуі қатал клиникалық шарттарда	
Л.М. Садвокасова, В.Ю. Купреев, С.А. Губин	120
Дентальдың имплантология. Көрсеткіштер және қарсы көрсеткіштер. Хирургиялық кезеңдер	
С.М. Сыздықаева	122
Ауыз қуысындағы кандидозды кешенді емдеуде хлорхинальдин препаратын қолдану	
Р.К. Пшембаева	123
Гальванопластиканың қолданылуымен жүргізілетін протездеу	
Тәжірибеден жағдай	
М.Т. Аубакиров, М.С. Дюсупжанов, Е.А. Жумажанов, О.Т. Ван	125
Балаларда құрт тәрізді өсіндінің инвагинациясы	
Т.Д. Байбулатов, В.Ю. Вересов, К.С. Ожаров, С.А. Закиров, Н. Орынбасаров	126
Миокард инфарктысы және дресслердің инфарктан кейін синдромының дамуыменқосарласқан өкпенің жазықжасушалы обырынын кездесуі	
Н.Б. Нурғалиев	127
Метастатикалық обыр диагностикасындағы видеоторакокопия	
Н.А. Жықбаев, А.О. Дакиева, С.А. Закиров, А.Х. Жармухаметов	130
Көлік апаты кезінде медициналық-криминалистік сараптама барысында аяқ киімнің зақымдану ерекшеліктері	
Г.О. Адильханов, М.С. Ожиков, Н.М. Мырзагулов, Б.К. Касымов	131
Миеломная болезнь. (Случай из практики)	
Ж.Ж. Уахитов, А.С. Гаврильман, Б.Д. Шақабаев, Б.А. Байқуатов, Е.Б. Бектуров	132
Қуық мойнының кистасы (тәжірибедегі болған жағдай)	
А.С. Гаврильман, Ж.Ж. Уахитов, Б.Д. Шақабаев, Б.А. Байқуатов, Е.Б. Бектуров,	134
С.Т. Абдрахманов	
Гипербелсенді қуық ұғымынын құрама емдеудің біздің тәжірибеміз	
Г.Б. Ульмисекова	135
Нерв жүйелерінің туа біткен кемістіктерімен жаңа туған нәрестелер мен ерте жастағы балаларда иммунитеттің ерекшеліктері	
Ж.С. Спатаев	137
Перитонитті емдеуде операция кезіндегі диагностикалық қателіктер	

Content

Health organization the Republic of Kazakhstan

A.S. Tuleuova, D.S. Zarlyganova 5
Statutory prerequisites development of integrated health care system of Kazakhstan

N.E. Glushkova 7
Models medical-social support of young adults in Kazakhstan and abroad

G. Begalieva, T. Mazhitov, L. Byurabekova 9
Comparative analysis of policy of drug supply in hospital in Kazakhstan and Singapore

Questions Medical Education

N.E. Glushkova, Zh.A. Omargaliyeva 14
Literature review of access barriers of youth to medical social services

Zh. Kozhaniyazova, M. Matiyeva 15
The problem of self -study of students

Articles

T.K. Rakhypbekov, T.A. Adylkhanov, A.K. Musakhanova, N.Ye. Aukenov, L.M. Pivina, T.I. Belihina, A.S. Kerimkulova 18

Prenosological diagnosis and prevention of cardiovascular disease in people exposed to radiation, based on the study of gene polymorphism

T.A. Adylkhanov, L.M. Pivina, A.S. Kerimkulova, T.I. Belihina, A.K. Musakhanova, G.M. Shalgumbayeva 20

Effect of radiation and non-radiation risk factors on the formation of cardiovascular diseases and methods for their prevention according to principles of evidence base medicine

L.K. Karazhanova, M.A. Kapakova, Z. Muslimova 23

Allacation of HLA antigens in patients with ischemic heart disease with cerebrovascular pathology

M.T. Aubakirov, M.S. Dyusupzhanov, M.S. Sanbayev, M.S. Dyusupzhanov, E.A. Zhumazhanov, T.M. Sharipov, A.D. Zharkimbayeva, O.T. Van, L.Yu. Yeremina, N.A. Abdukhaimov 27

Rehabilitation therapy after surgery for anorectal malformations and Hirschsprung's disease in children

M.M. Gladinetc, D.F. Bagautdinov, L.Yu. Eyremina, Z. Tokay, Ya.V. Shulgin, M.E. Temirzhanov 29

Long-term results of surgical treatment of acute adhesive intestinal obstruction

M.K. Syzdykbayev, V.A. Kurtukov, T.Kh. Syzdykbayev, N.A. Abdukhaimov 32

Fibrobronchoscopic picture at patients with acute abscess and gangrene of lung by combined treatment with plasma fractions cryosupernatant and plasmapheresis with recovery loss of plasma of cryosupernatant fraction of plasma

M.M. Gladinetc, D.G. Kondratyev 33

Complications after a holetsistoektomiya at patients of advanced and senile age

N.R. Rakhmetov, M.Zh. Aimagambetov, L.Yu. Eremina 36

Mini-laparotomy at surgical treatment of gallstone disease

A.Ye. Kurmangazina 37

Emergency surgery in the prevention of complications necrectomy burn disease in children

G.Zh. Ygiev 38

Difficult intubation of trachea by means of fibrooptical bronchoscope

A.M. Zhaysanbaev 39

Long-term outcomes of humeral shaft fractures in Semey: a qualitative study

O.A. Kozhahmetov 40

Patella fracture epidemiology in Semey in 2011

A.M. Zhaysanbaev 42

Calcaneus fracture epidemiology in Semey in 2011

R.M. Zhumambayeva, K.A. Tyleyov, L.B. Dyusenova, D.K. Kozhahmetova, S.L. Alimbekova, Z.I. Mynzhanova 43

Electrophoresis with karipozim in a complex treatment of deforming osteoartritis

A.Ye. Kurmangazina 45

Балалардағы иық сүйегінің диафизарлы сынығын консервативті емдеу әдістері

L.A. Mukovozova, S.A. Kulzhanova, I.V. Izbasarova, Z.A. Adilhanova, S. Archabaeva 46

Clinical and radiographic manifestations of sacroiliitis in sub acute brucellosis

G.Zh. Erezhepova 47

The characteristic of adolescents with multidrug resistance tuberculosis

K.S. Igembayeva, N.B. Nurgaliyev, S.M. Dutbaeva, G.K. Dyusembekova, K.A. Eshmuhambetova, Zh.Zh. Tynymbayeva, N.ZH. Elemesova, A. Shalaputova 49

Clinical structure of the tuberculosis organ breathings amongst social - burdened groups of the population

B.C. Zharkenova, G.Zh. Erezepova, N.K. Nurymchanova	50
Characteristic of clinical structure of tuberculosis meningitis sick	
K.S. Igembaeva, S.M. Dutbaeva, N.B. Nurgaliyev, G.K. Dyusembekova, K.A. Eshmuhambetova, Zh.Zh. Tynymbaeva, N.Zh. Elemesova, A. Shalaputova	51
For the first time the revealed patients with a tuberculosis bodies of breath	
G.Zh. Erezhepova	52
Characteristics of rate of sick by tuberculosis among adolescents in Semey	
A.Zh. Baybusinova, A.K. Musakhanova, Zh.A. Omargaliev, T.A. Suttibaeva	54
Medical and social aspects of school students health in Semey city	
G.K. Alshynbekova	58
Features of children bioelectric brain activity changes living in oil industry region	
K.K. Rakhimzhanov, B.M. Mailybayev, A. Rakisheva, S.B. Baidoldina, L.Kuderbayeva, B.B. Tulkubayev, E.R. Shokayev	60
Endoscopic and cytomorphological study of cellular and extracellular substrates of bronchial mucosa with purulent bronchitis in children	
Zh.A. Mussabekova	62
Diagnostical lymeans of alpha-fetoprotein at intra uterine pneumonia	
K.K. Rakhimzhanov, B.M. Mailybayev, B.B. Tulkubayev, S.A. Iznairov, M.T. Yerkebayev	63
Cytological and biochemical study of various forms of chronic suppurative tracheobronchitis in children	
U.S. Samarova, D.M. Bitebayeva, T.A. Suttibaeva	65
Smoking of teenagers as health protection problem	
G.T. Kamasheva, R. Zh. Baktibaeva, K.N. Zhanasova, G.M. Maizhanova, K.Zh. Koishibayeva	67
Clinical types of frequent ill children in Semey city	
R.Ye. Tuleutayeva	69
Possibility of appliance probiotics therapy beside sick with chronic pyelonephritis	
R.Ye. Tuleutayeva, A.R. Makhatova, G.B. Kaktayeva, R.O. Belgebayeva, O.B. Saparova	72
Applying of herbal drugs Canephron® at patient with chronic recidive pyelonephritis	
D.E. Zhangirova, M.Zh. Espenbetova, Zh.K. Zamanbekova, F.K. Tusunbayeva, Sh.K. Akinzhanova, A.K. Khaibulina, A.B. Baimukhanova	74
Actovegin in the treatment of diabetic foot syndrome	
M.ZH. Espenbetova, ZH.K. Zamanbekova, F.K. Tusunbaeva, Sh.K. Akinzhanova, D.E. Zhangirova, R.K. Elchibaeva	75
Iodine suply and tyroid pathology of semipalatinsk region	
R.M. Zhumambayeva, L.B. Dyussenova, D.K. Kozhakhmetova, G.K. Orazbayeva, D. Serikbolova	77
Rehabilitation of the patients, which suffer after stroke & take treatment of GSE "MSE of common type for aged & invalids" of Semey city	
R.M. Zhumambayeva, P.S. Suleymenova, S.B. Kaydarova, A.B. Kalymzhanova, D.H. Dautov	79
Morbidity structure in therapy department of Semey city hospital №2 in 2011	
E.P. Bendrikovskaya, B.G. Sarbasova, M.T. Elemesova, T.Sh. Matunova, S.M. Isakhanova, A.Zh. Adilbekov	82
Trombolitickal therapy at acute coronary syndrome	
N. Zhumadilova	83
Reperfusion therapy of the acute coronary syndrome	
E.P. Bendrikovskaya, B.G. Sarbasova, S.O. Kalieva, A.E. Storozh, N.N. Chernova, B.S. Seysekenova, A.Zh. Adilbekov	85
About complex treatment of bronchial asthma	
A.M. Begalina, K.S. Beysembayeva, A.M. Shulepova	87
Factors of cardio vascular system diseases and preventive medicine	
G.S. Bekbayeva, G.Zh. Nurmukhanbetova, A.A. Myrseytova, B.S. Seysekenova	89
Primary prevention of cardiovascular diseases in practice of family phycisians	
R.M. Zhumambayeva, K.A. Tyleyov, N.A. Balashkevish, S.K. Ziyadanova, S.A. Alimbekova, B.T. Rysbekova	90
Agregational properties of erythrocytes in patient with methobolic syndrome under influence of amlipine	
G.S. Bekbayeva, G.Zh. Nurmukhanbetova	92
Gastroesophageal reflux diseases in practice of family physician	
R.M. Zhumambayeva, K.A. Tyleyov, I.A. Izbasarova, S.K. Ziyadanova	93
Metabolic syndrome, or syndrome X. Modern understanding about pathogenesis	
B.K. Kassymov	95
Medico-social analysis of the mortal traffic accident injury in Semey region	
T.D. Baybulatov, K.S. Ozharov, Sh.E. Sadvokasova, M.M. Baysadykov, B.K. Kasymov	97
Research of expenses working hours of carrying out examination people in the live persons department at the East-Kazakhstan branch of CFM of MH RK	

K.S. Seitakhmetov, A.K. Mukhametkaliyeva, M.K. Kamelova, M.M. Baysadykov, B.K. Kasymov Defination ethyleneglucola the gas at hromotagrafe «Кристаллюкс-4000м»	100
V.A. Skuridin, T.D. Baibulatov, V.Yu. Veresov, N. Orynassarov, A.Kh. Zharmukhametov Cytodiagnosis viral infection of the respiratory tract by Pavlovsky's method in forensic practice	101
N.S. Igisinov, G.B. Kozhakhmetova Analysis of the prevalence of suicides in the Republic of Kazakhstan	103
K.S. Seitakhmetov Blood pigment-carboxy determination in the blood of aspirate cadaveric and statistical analyses in dynamics from 2006 to 2010 years of Kazakhstan Republic Health Ministry Judicial Medicine Center of State Public Enterprise Center East-Kazakhstan Branch	105
K.S. Ozharov The analysis of the made forensic medical examinations in department of examination of suffered, accused and other persons of East Kazakhstan Branch of «CFM» of MH RK at Ust-Kamenogorsk city for 2009-2011	108
A.D. Ozharova The analysis of work of judicial-biological branch of East Kazakhstan Branch of «CFM» of MH RK for 2009-2011	111
B.A. Zhetpisbayev, D.K. Nurmukanov, O.Z. Ilderbayev, A.Sh. Kydyrmoldina Conceptions and general classification of prisoners in correctional facilities	113
L.M. Sadvokasova, V.Yu. Kupreev, S.A. Gubin Hystori of development of the dental implantologi	116
V.I. Lukyanenko A volume modeling of the basis of complete denture at unfavorable clinical conditions	119
L.M. Sadvokasova, V.Yu. Kupreev, S.A. Gubin Dental implantologi. In dications and contra-indications. Surgical stages.	120
S.M. Syzdykayeva Use of chlorchinaldin in complex treatment of candidosis of oral cavity	122
R.K. Pshembaeva Prosthetics with use galvanoplasty	123
Case histories	
M.T. Aubakirov, M.S. Dyusupzhanov, E.A. Zhumazhanov, O.T. Van Intussusception of the appendix in children	125
T.D. Baibulatov, V.Yu. Veresov, K.S. Ozharov, S.A. Zakirov, N. Orynassarov The case of smothcell cancer of the lung with develop infarct of myocardium and postinfarct Dressler's syndrome	126
N.B. Nurgaliyev Videothoracoscopy in the diagnostics of metastatic cancer	127
N.A. Zhykbayev, A.O. Dakiyeva, S.A. Zakirov, A.Kh. Zharmukhametov Features of footwear damages during a medical criminalistics examination by auto trauma	130
G.O. Adilkhanov, M.S. Ozhikov, N.M. Myrzagulov, B.K. Kasymov Myelomic disease	131
ZH. ZH. Uakhitov, A. S. Gavrilman, B. D. Shakabayev, Ye. B. Bekturov, B.A. Baikuatov A cyst of the neck of urinary bladder (a case history)	132
A.S. Gavrilman, ZH. ZH. Uakhitov, B. D. Shakabayev, B.A. Baikuatov, YE. B. Bekturov, S.T. Abdrakhmanov Our experience of a combination therapy of the hyperactive urinary blatter	134
G.B. Ulmissekova Features of immunity in newborns and infants with congenital malformations of the nervous system	135
Zh.S. Spataev Intraoperation diagnostic mistakes at a peritonitis	137

Государственный медицинский университет г. Семей

Подписано в печать 29.06.2012 г.

Формат А4. Объем 15,5 усл.п.л. Тираж 300 экз.