



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



1' 2013

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

№ 1 2013 г.

Журнал основан в 1999 г.

Учредитель:
Государственный
медицинский университет
города Семей

E-mail: 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 HSBKKZKX
Региональный филиал «Семей»
269900, АО «Народный банк
Казахстана», г. Семей
КБЕ 16
БИН 990340008684

Технический секретарь
Сапаргалиева Э.Ф.

Ответственность за
достоверность фактов и
сведений в публикациях несут
авторы.

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии
Государственного медицинского
университета г. Семей
Подписано в печать 26.02.2013 г.
Формат А4. Объем 12,0 усл.п.л.
Тираж 500 экз.

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

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

Редакционная коллегия:

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)

Редакционный совет:

**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	
У.С. Самарова, Д.С. Мусина	6
Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи	
А.М. Искакова, М.В. Горемыкина	8
Результаты социологического исследования мнения населения города Семей о качестве и доступности предоставления медицинской помощи	
Вопросы медицинского образования	
Э.О. Балтабаева	10
Обучение профессиональному общению на текстах по специальности в медицинском вузе	
Статьи	
Алт.А. Дюсупов, А.А. Карпенко, А.З. Дюсупов, Алм.А. Дюсупов, А.А. Дюсупова, А.К. Букатов, К.Б. Тлекин	12
Ранняя послеоперационная летальность после хирургического лечения больных с инфраренальной аневризмой брюшной аорты	
М.М. Гладинец, А.К. Садыков, А.Т. Маратова, Н.С. Шарипова, Д.Н. Кенжалина	16
Хирургическая тактика при повреждениях селезенки	
М.К. Кирпин	18
Пластика задней стенки пахового канала у больных с грыженосительством	
М.К. Сыздыкбаев, И.Т. Тумарбаев, Р.Ч. Саламбаев, Б.А. Кенжин, Д.М. Секербаев, К.Л. Искаков, В.Р. Кригер	20
Проблемы диагностики и оказания помощи новорожденным с атрезией пищевода	
Т.А. Кусаинов, М.А. Семикина, А.А. Березинец	23
Ретроспективный анализ больных с гастродуоденальным кровотечением	
Алт.А. Дюсупов, А.З. Дюсупов, Б.Б. Дюсупова, Алм.А. Дюсупов, А.А. Дюсупова, А.К. Букатов, К.Б. Тлекин	25
Гемодинамические показатели инфузионно-трансфузионной терапии по данным эхокардиографического исследования	
Д.Х. Даутов, Р.А. Азаматова, А.К. Токабаев, Ж. Жетмекова, Ж.Маженова, Р.М. Жумамбаева	27
Эффективность реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения подвергавшихся воздействию радиационного фактора	
Р.М. Жумамбаева, Г.К. Рахимбекова, Д.Х. Даутов, Д.К. Кожаметова, Л.Б. Дюсенова, Г.Т. Токабаева	30
Реабилитация геронтологических больных с патологией органов кровообращения, подвергавшихся воздействию радиационного фактора	
К.К. Джаксалыкова, Г.Т. Камашева, Ш.В. Назыров, К.Д. Абаева, А.П. Бурбаева	32
Внедрение программы скринингового обследования заболеваний мочевыделительной системы у детей в Семейском регионе	
К.К. Джаксалыкова, Г.Т. Камашева, Ш.В. Назыров, К.Д. Абаева, А.П. Бурбаева	33
Результаты скринингового обследования детского населения в районах, прилегающих к территории бывшего ядерного полигона	
Г. Турдунова, М. Рапикова, С. Тлегенова, К. Турдунов, С. Смагулов	36
К вопросу о безопасности пищевых продуктов как основополагающему для здоровья аспекту	
Т.И. Терехова, К.А. Мукаметжанова, А.Л. Алимбекова, А.П. Бурбаева, О.А. Макарова, Е.В. Цыпкунуова, И.Ю. Бургучева, Г.М. Гурьянова, Е.А. Гоосен	39
Актуальные вопросы профилактики пневмококковой инфекции детского возраста	
К.С. Игембаева, Н.Н. Сыздыкбаева, Д.А. Байгожина, Р.С. Игембаева, А. Измайлова	42
Лечение туберкулеза органов дыхания у подростков методикой DOTS	
Д.А. Байгожина	44
Факторы, влияющие на туберкулиновую чувствительность у больных туберкулезом детей	
К.С. Игембаева, Н.Н. Сыздыкбаева, Д.А. Байгожина, Р.С. Игембаева, А. Измайлова	45
Туберкулез у детей и подростков в современных условиях	
О.А. Искакова	47
Применение гелевой технологии для иммуногематологических исследований крови	

С.Е. Узбекова, Б.А. Жетписбаев, А.К. Мусайнова, Д.Е. Узбеков, Г.С. Шалгимбаева	50
Влияние иммунофана на неспецифическое фагоцитарное звено иммунитета организма, облученного фракционированной дозой в отдаленном периоде	
Ж.Н. Нурмухамбетов, А.Ж. Нурмухамбетова, С.А. Богатова	52
Искусственная биокожа «Гиаматрикс» в лечении трофических язв	
М.Т. Жусупова	55
Результаты дозорного эпидемиологического надзора в Экибастузском регионе среди потребителей инъекционных наркотиков за 2007-2011 гг.	
Л.В. Проскура	58
Сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции	
Қ. Құнанбай, А.К. Қаирбеков, С.Б. Сламжанова, Р.Р. Олжаева, Е.Оразбеков, А.Р. Сұраншиева	61
Буын ауруларын өсімдік тектес дәрілік заттармен емдеудің нәтижелері	
Г.К. Абаева, С.А. Коробаева, И.В. Тюкова, Н.Р. Искакова, Р.М. Жумамбаева	63
Агрегация эритроцитов и липидный спектр крови у больных с метаболическим синдромом	
Н.А. Жунусова	65
Влияние хозяйственной деятельности на подземные воды	
Ш.Е. Қалиханова, Ф.С. Рахимжанова, Г.А. Берекенова, К.Е. Қалиханова	66
Судың қасиетін сипаттайтын органолептикалық көрсеткіш	
Ш.Е. Қалиханова, Р.Ж. Фатхуллина, Ф.С. Рахимжанова, Г.А. Берекенова, К.Е. Қалиханова	68
Судың физикалық, химиялық қасиеттері және эпидемиялық қауіпсіздігі	
Случаи из практики	
Л.В. Проскура	71
Случай развития прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии (ПМЛ) у больного с сочетанной патологией ВИЧ и туберкулез	
М.Е. Сорокина	73
Случай бациллярного ангиоматоза у ВИЧ-инфицированного пациента	
Е.М. Смаил, С.Б. Маукаева, А.З. Токаева, К.Б. Малгаждарова, Д.Т. Кусаинова, Г.С. Мухамадиева	76
Синдром холестаза в клинике инфекционных болезней. (Клиническое наблюдение)	
Алт.А. Дюсупов, А.З. Дюсупов, Б.Б. Дюсупова, Алм.А. Дюсупов, А.А. Дюсупова, А.К. Букатов, К.Б. Тлекин, Е.Н. Базарбеков	78
Центральное венозное давление и морфологические изменения в органах кроликов при проведении внутривенных инфузий	
Юбилей	
Имангазинов С.Б. К 60-летию со дня рождения	80
Жигитаев Х.Т. К 60-летию со дня рождения	81

Content

Health organization the Republic of Kazakhstan	
U.S. Samarova, D.S. Mussina	6
Improvement of organization of primary healthcare	
A.M. Iskakova, M.V. Goremykina	8
Opinion of Semey population on quality and availability of medical care: the results of sociological survey	
Questions Medical Education	
E.O. Baltabayeva	10
Teaching professional communication on text by speciality at the medical university	
Articles	
Alt.A. Dyussupov, A.A. Karpenko, A.Z. Dyussupov, Alm.A. Dyussupov, A.A. Dyussupova, A.K. Bukatov, K.B. Tlekin	12
Early post operational mortality after surgical treatment of patients with infrarenal abdominal aortic aneurysm	
M.M. Gladinetc, A.K. Sadykov, A.T. Maratova, N.S. Sharipova, D.N. Kenzhalina	16
Surgery tactics at damage to the spleen	
M.K. Kirpin	18
Plasty of a back wall of the inguinal channel at patients with hernias	
M.K. Syzdykbayev, I.T. Tumarbayev, R.Ch. Salambaev, B.A. Kenzhin, D.M. Sekerbayev, K.L. Iskakov, V.R. Kriger	20
Problems of diagnosis and neonatal care with esophageal atresia	
T.A. Kussainov, M.A. Semikina, A.A. Berezinetc	23
Retrospective analysis of patients with gastroduodenal bleeding	
Alt.A. Dyussupov, A.Z. Dyussupov, B.B. Dyussupova, Alm.A. Dyussupov, A.A. Dyussupova, A.K. Bukatov, K.B. Tlekin	25
Learning of haemodynamic for patients at carried out of infusion-transfusional therapy under the data of echocardiographic research	
D.Kh. Dautov, R.A. Azamatova, A.K. Tokabayev, Zh.Zhetmekova, Zh. Mazhenova, R.M. Zhumambayeva	27
The efficiency of rehabilitation of patients with acute acute violation of cerebral blood circulation exposed to the radiation factors	
R.M. Zhumambayeva, G.K. Rakhimbekova, D.Kh. Dautov, D.K. Kozhakhmetova, L.B. Dyussenova, G.T. Tokabayeva	30
Rehabilitation the elderly & senile age patients with cardiovascular pathology, which were undergone of influence of radioactive factor	
K.K. Dzhaksalykova, G.T. Kamasheva, Sh.V. Nazyrova, K.D. Abayeva, A.P. Burbayeva	32
Implementation the program of screening survey of the urinary-excretory tract diseases in children in Semey region	
K.K. Dzhaksalykova, G.T. Kamasheva, Sh.V. Nazyrova, K.D. Abayeva, A.P. Burbayeva	33
Results of screening of a child population in the area adjacent to the territory of the ex-nuclear test site	
G. Turdunova, M. Rapikova, S. Tlegenova, K. Turdunov, S. Smagulov	36
To a question of safety of foodstuff as to fundamental aspect for health	
T.I. Terekhova, K.A. Mukametzhanova, A.L. Alimbekova, A.P. Burbayeva, O.A. Makarova, E.V. Tsyapkunova, I.Yu. Burgucheva, G.M. Guryanova, E.A. Goosen	39
Topical issues prevention against pnevmokokkova infection from children's age	
K.S. Igembayeva, N.N. Syzdykbayeva, D.A. Baigozhina, R.S. Igembayeva, A. Izmailova	42
The treatment of the tuberculosis organ breathings beside teenager by methods DOTS	
D.A. Baigozhina	44
The factors influencing on sensitivity at the patients by tuberculosis of children	
K.S. Igembayeva, N.N. Syzdykbayeva, D.A. Baigozhina, R.S. Igembayeva, A. Izmailova	45
Tuberculosis beside for children and teenager in modern condition	
O.A. Iskakova	47
Gel technologies for the immune hematological blood testing	

S.E. Uzbekova, B.A. Zhetpisbayev, A.K. Musaynova, D.E. Uzbekov, G.S. Shalgymbayeva	50
Influence of imunofan to non-specific link of immunity of organism in late period after action of the fractional gamma-irradiation	
Zh.N. Nurmukhambetov, A.Zh. Nurmukhambetova, S.A. Bogatova	52
Manmade bioskin «HIAMATRIX» at the treatment of trophic ulcers	
M.T. Zhusupova	55
The results of epidemical surveillance among the consumers of intravenous drugs in Ekibastuz region during 2007-2011 years	
L.V. Proskura	58
Co-infection of both aids and tuberculosis	
K. Kunanbai, A.K. Kairbekov, S.B. Slamzhanova, R.R. Olzhayeva, E. Orazbekov, A.R. Suranchyeva	61
First results treatment arthral illness with fitoterapiey	
G.K. Abayeva, S.A. Korobayeva, I.V. Tyukova, N.R. Iskakova, R.M. Zhumambayeva	63
Aggregation of erythrocytes and blood lipid spectrum in patients with metabolic syndrome	
N.A. Zhunussova	65
Influence of economic activity to underground waters	
Sh.Ye. Kalikhanova, F.S. Rakhimzhanova, G.A. Berekenova, K.Ye. Kalikhanova	66
Organoleptic properties of water	
Sh.Ye. Kalikhanova, R.Zh. Fathullina, F.S. Rakhimzhanova, G.A. Berekenova, K.Ye. Kalikhanova	68
Physical and chemical properties of water and epidemiology safety	
Case histories	
L.V. Proskura	71
The case of progressing multifocal leukaencephalopathy in patient with co-infection AIDS and tuberculosis	
M.Ye. Sorokina	73
The case of bacillary angiomatosis in patient with AIDS	
E.M. Smail, S.B. Maukayeva, A.Z. Tokayeva, K.B. Malgazhdarova, D.T. Kussainova, G.S. Mukhamadiyeva	76
Cholestasis syndrome in the clinic of infectious diseases. (Clinical observation)	
Alt.A. Dyussupov, A.Z. Dyussupov, B.B. Dyussupova, Alm.A. Dyussupov, A.A. Dyussupova, A.K. Bukatov, K.B. Tlekin, Ye.N. Bazarbekov	78
Central venous pressure and morphological changes in organs of rabbits at intravenous infusion	
Anniversary	
Imangazinov S.B. 60th anniversary	80
Zhigitayev Kh.T. 60th anniversary	81

УДК: 614.2-614.88

У.С. Самарова¹, Д.С. Мусина²

Государственный медицинский университет города Семей,

¹ к.м.н., доцент кафедры общественного здравоохранения и информатики,² магистрант кафедры общественного здравоохранения.**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ****Аннотация**

В данной работе рассмотрены вопросы организации первичной медико-санитарной помощи населению. Проведен анализ скрининг – исследований, стационарозамещающей помощи, госпитализации больных.

Ключевые слова: ПМСП, скрининг, демографические показатели.

Актуальность. Согласно концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Республике Казахстан, на территории страны происходит поэтапное реформирование системы организации медицинской помощи населению. Меняются приоритеты – центр тяжести смещается с лечения на профилактику, со стационарной помощи на амбулаторное звено [1]. Общий уровень доступности и качества медицинской помощи в значительной мере определяется на амбулаторном этапе [2].

В настоящее время происходит формирование разных моделей организации амбулаторно-поликлинической помощи на основе поэтапного внедрения врача общей практики [3]. Врачам общей практики, действующим в структуре амбулаторных учреждений, отводится основная роль в системе ПМСП, призванной осуществлять основной объем профилактической работы, удешевить процесс лечения, обеспечить определенный социальный эффект [4]. «Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. придает важное значение усилению профилактических мероприятий, раннему выявлению злокачественных новообразований за счет проведения скрининговых программ и стимулирования здорового образа жизни. Согласно поручению Президента РК Н.А. Назарбаева была разработана и принята «Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы». Одним из приоритетных направлений Программы является развитие программ ранней диагностики онкозаболеваний, расширение скрининговых исследований.

Центр семейного здоровья оказывает ПМСП (доврачебную, квалифицированную) населению в амбулаторных условиях, на дому, дневном стационаре, стационаре на дому, включающую в себя обеспечение реализации профилактических и скрининговых программ [5]. Национальная скрининговая система позволяет выявлять и предотвращать заболевания на ранних стадиях [6]. Скрининговые осмотры взрослого населения направлены на профилактику, раннее выявление и предупреждение:

- 1) основных болезней системы кровообращения – артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и факторов риска их развития среди мужчин и женщин;
- 2) сахарного диабета среди мужчин и женщин;
- 3) предопухолевых, злокачественных новообразований шейки матки среди женщин;
- 4) предопухолевых, злокачественных новообразований молочной железы среди женщин;
- 5) глаукомы среди мужчин и женщин;
- 6) предопухолевых, злокачественных новообразований толстой и прямой кишки среди мужчин и женщин [7].

Цель исследования: Улучшить деятельность первичной медико-санитарной помощи путем оценки организации амбулаторно-поликлинического учреждения.

Задачи исследования:

1. Рассчитать основные демографические показатели;
2. Оценить организацию скрининг - исследований по данным статистической информации;
3. Проведение мониторинга плановой госпитализации на республиканском и региональном уровнях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
4. Оценить организацию оказания стационарозамещающей помощи.

Объект исследования: Данное исследование проводилось в КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара. Количество прикрепленного населения к поликлинике – 91340 (2011г.), 91080 (2012г.).

Материалы и методы исследования

Материалом исследования являлись статистические данные отделов статистики и контроля качества медицинских услуг, центра семейного здоровья и дневного стационара.

Используемые методы исследования: информационно-аналитический, статистический.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования были рассчитаны демографические показатели, оценена организация скрининг – осмотров и портала бюро госпитализации КГКП «Поликлиники №1» города Павлодара, результаты математических вычислений и статистических данных в Таблицах №1,2,3.

Многие показатели данного учреждения улучшились. Наблюдается улучшение демографической ситуации, повышение уровня рождаемости, снижение и стабилизация показателя смертности, увеличение коэффициента естественного прироста населения до $9,8 \pm 0,6$ (2011 г. - $7,7 \pm 0,5$) на 1000 населения. Если общий коэффициент рождаемости (в %) колеблется от 15 до 19,9, то оценка уровня рождаемости считается ниже среднего. Если общий коэффициент смертности (в %) равен от 10 до 14,9, то показатель смертности оценивается как низкий. В данном случае показатель рождаемости на 1000 населения за 2011 год равен $17,9 \pm 0,8$, за 2012 год - $19,1 \pm 0,8$. Уровень рождаемости за 2 года ниже среднего, показатель увеличился на 7%. Показатель смертности на 1000 населения снизился на 8%, уровень смертности средний. Младенческая смертность снизилась в 2 раза, уровень младенческой смертности составлял в 2011 году $9,1 \pm 4$, в 2012 году $4,6 \pm 3$ (низкий) на 1000 родившихся живыми. Население, прикрепленное к поликлинике, проходят скрининг осмотры строго по плану и графику. Несмотря на позитивные сдвиги в демографической ситуации по данным скрининг - осмотрам, сохраняется низкий уровень здоровья женщин и детей. Отмечается тенденция незначительного увеличения внештатных ситуаций с $2,4 \pm 0,4$ до $2,9 \pm 0,4$.

Таблица 1.

Демографические показатели.

Демографические показатели	2011 год (91340)		2012 год (91080)	
	абс.	отн.	абс.	отн.
Показатель рождаемости на 1000 населения	1635	17,9±0,8	1740	19,1±0,8
Показатель смертности на 1000 населения	929	10,2±0,6	849	9,3±0,6
Младенческая смертность на 1000, родившихся живыми	15	9,1±4	8	4,6±3
Естественный прирост	706	7,7±0,5	891	9,8±0,6

Таблица 2.

Профилактические скрининг-осмотры за 2012 год.

Группа населения	План-охват проф. осмотрами	Выявлено больных		Оздоровлено		Из них взято на Д учет	
		абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.
Дети и подростки	18001 - 100%	6193	34,4±0,7	6193	34,4±0,7	966	5,4±0,3
Женщины (30-60) лет на выявление РШМ	2492 - 100%	1	0,04±0,08	1	0,04±0,08	1	0,04±0,08
Женщины (50-60) лет на выявление РМЖ	2381 - 100%	7	0,3±0,2	7	0,3±0,2	7	0,3±0,2
Мужчины и женщины (40-70) лет на выявление глаукомы	8122 - 100%	8	0,1±0,07	8	0,1±0,07	8	0,1±0,07
Мужчины и женщины (18-64) лет на выявление БСК, СД	10085 - 100%	394	3,9±0,4	394	3,9±0,4	394	3,9±0,4
Мужчины и женщины (50-70) лет на КРР	5300 - 100%	5	0,09±0,08	5	0,09±0,08	5	0,09±0,08

Таблица 3.

Плановая госпитализация в круглосуточные стационары.

Плановая госпитализация	2011		2012	
	абс.	отн.	абс.	отн.
Госпитализировано	7014	7,7±0,2	7216	7,9±0,2
Внештатные ситуации	167	2,4±0,4	209	2,9±0,4

Что касается стационарозамещающей помощи, в поликлинике действует дневной стационар, развернутый на 53 койки. Госзаказ на 2012г. составляет 3015 больных 42 518 000 тенге (+ 000000 дополнительно в декабре 2012г).

Дневной стационар работает в 2 смены. За 12 месяцев 2012 года в дневном стационаре пролечено 3033 больных, из них 2895 в дневном стационаре и 138 в стационаре на дому. Средняя стоимость пролеченного больного в 2012 году – 14765 тенге, койко-дней – 17506. Средняя длительность лечения – 6,0, оборот койки – 54 раза в год, (4,5 раз в месяц).

Заключение. Таким образом, для совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи необходимо следующее:

1. Для снижения ошибок по всем случаям необходимо проводить служебные разборы, также всем ведущим структурными подразделениями обозначить персональную ответственность по недопущению внештатных ситуаций.

2. Необходимо создать систему медицинской экспертизы для улучшения качества медицинских услуг.

Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010. №1113.

2. Ricbard J. Baron, MD, Maryland, USA. "New pathways for primary care: an update on primary care programs from the innovation center at CMS" // Journal Article. Annals of Family Medicine 2012 Mar-Apr; Vol. 10 (2), pp. 152-5.

3. Чижикова Т.В. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению сельского муниципального района // Автореф. канд. мед. наук, Москва, 2010.

4. Синявский В.М., Журавлев В.А. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе // Главврач. – 2006., №6. – С. 41-50.

5. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 14 февраля 2011 года № 6774.

6. Послание Президента Республики Казахстан – Лидера Нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» - новый политический курс состоявшегося государства» от 14.12. 2012.

7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года №685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» с изменениями и дополнениями от 16 марта 2011 г. №145.

Тұжырым**ХАЛЫҚҚА АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖАҚСARTY**

У.С. Самарова, Д.С. Мусина

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Осы жұмыста халыққа алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыру сұрақтары қаралған. Скрининг - зерттеулер, күндізгі емхана, науқастарды емханаға жатқызу бойынша анализ жасалған.

Негізгі сөздер: алғашқы медициналық-санитарлық көмек, скрининг, демографиялық көрсеткіштер.

Summary**IMPROVEMENT OF ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTHCARE**

U.S. Samarova, D.S. Mussina

Semey State medical university

At this work it was considered questions of organization of primary healthcare to population, took analysis of screening and hospitalization of patient.

Key words: primary healthcare, screening, demographic indicators.

УДК 614.88-303.1

А.М. Искакова, М.В. Горемыкина

Государственный медицинский университет города Семей,

¹ магистрант кафедры общественного здравоохранения,² к.м.н., ассистент кафедры общественного здравоохранения и информатики**РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА СЕМЕЙ О КАЧЕСТВЕ И ДОСТУПНОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ****Аннотация**

В статье представлены результаты социологического исследования мнения населения о качестве и доступности медицинской помощи, которые позволили выявить и сформировать картину по восприятию населением функционирования системы здравоохранения в г. Семей, а также выявлены особенности и проблемные зоны.

Ключевые слова: качество, медицинская помощь, доступность.

Президент страны Н.А. Назарбаев уделяет большое внимание состоянию здоровья населения и поддерживает все реформы, идущие в здравоохранении.

В Государственной Программе «Казахстан 2030: Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» одним из приоритетов в жизни общества является здоровый образ жизни, что должно сделать общество здоровым [1]. Важная роль в этих государственных программах отводится медицинским работникам. Доказано, что между здоровьем общества и здравоохранением существует прямая связь [2]. В связи с этим особое значение приобретают вопросы оказания медицинской помощи населению республики и вопросы качества медицинской помощи.

Работа врача является основополагающим разделом лечебной и профилактической деятельности системы здравоохранения в целом. Поэтому одной из основных задач совершенствования организации здравоохранения является повышение эффективности и качества врачебной деятельности [3].

Медицинскую помощь как процесс можно понимать в узком (когда речь идет о лечении конкретного больного конкретным врачом – медицинский случай) и в более широком смысле (когда речь идет о механизме оказания медицинской помощи в более широких пределах: лечебно-профилактических учреждениях, регионе или в целом по стране) смысле. В этих случаях медицинская помощь выступает аналогом понятий «производственный процесс» и «организация производства», широко используемых в различных отраслях народного хозяйства [4].

Если подходить к медицинской помощи, как к некоторому производственному процессу, то можно выделить следующие основные моменты, тесно связанные между собой:

- собственно медицинская помощь (как процесс, т.е. деятельность медицинских работников, направленная на удовлетворение потребностей пациентов в сфере здравоохранения);

- условия, в которых она протекает (здания, медицинское оборудование, лекарственные препараты и т.д.)

- исходное состояние больного (отражающее влияние многих факторов: пола, возраста, тяжелые заболевания и т. д.)

Мажаров В.Н. (2007) указывает, что качество медицинской помощи складывается под влиянием целого ряда факторов, многие из которых действуют не прямо, а опосредованно [5].

Наиболее просто качество медицинской помощи определяется на рабочем месте при оказании кон-

кретной медицинской услуги. Здесь известны конкретный результат и основные факторы, от которых зависит качество медицинской помощи: условия лечебно-профилактического процесса, уровень квалификации и добросовестности врача.

Учитывая вышесказанное, нами было проведено социологическое исследование по изучению мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи в г. Семей. Данное исследование проводилось в 4-х амбулаторно-поликлинических учреждениях («Поликлиника Хаким», «Центр ПМСП №11», МУ «Победа» ПМСП №19, «Центр ПМСП №12»)

Проведено анонимное анкетирование 400 человек. В качестве респондентов выступили представители различных социальных и возрастно-половых групп населения г. Семей. В ходе проведения социологического исследования использовали бесповторную случайную выборку.

Статистический инструментарий (анкеты), разработанные для проведения исследования, включал в себя различные блоки вопросов, касающиеся, в частности, доступности медицинской помощи для населения, качества ее оказания в конкретных амбулаторно-поликлинических учреждениях, удовлетворенности результатами, информированности потребителей медицинских услуг по различным вопросам и др.

Анализ анкет свидетельствует о том, что почти 81% респондентов обращались в поликлинику по месту жительства, 13% - в платные медицинские учреждения, услугами нетрадиционной медицины пользуются 4%, а за советом к аптечному работнику обращаются 2%.

При обращении в медицинские учреждения доволны предоставляемой информацией в регистратурах поликлиник – 95% респондентов, недовольны – 4%. Так как амбулаторные карты пациентов должны храниться в регистратуре, то при записи на прием к врачу у 81,5% пациентов карточки сразу находились в регистратуре.

На вопрос: «Записывают ли Вас на прием к врачу по телефону?» -83,5% ответили «Да», 15% - «Нет», 1,5% - не записывались.

Информацию о работе необходимых специалистов при обращении по телефону получали 90% опрошенных, 4% - не спрашивали.

Дозванивались в регистратуру при необходимости вызова врача на дом: 47,5% респондентов - в течение 5 минут, 35% - в течение 30 минут, 7% - около 1 часа, 2,5% свыше 2-х часов.

В ходе проведенного исследования были выявлены проблемы в организации лечебно-диагностического

процесса в различных типах амбулаторий. Полученные результаты свидетельствуют о том, что время, затраченное на ожидание приема врача, часто сопоставимо со временем на дорогу в лечебно-профилактические учреждения, а иногда и значительно превосходит его. Так 54% респондентов в среднем ожидали врачебного приема в поликлинике до 30 минут, 11% до 1 часа, а 3% до 2-х часов и более, однако введенная талонная система и предварительная запись в некоторых учреждениях (ПМСП №11, ПМСП №19) устраивает многих пациентов (25% респондентов отвечали, что их ожидание в очереди было от 5-ти до 10-ти минут).

Как свидетельствуют результаты исследования, довольны работой врача 96,5% пациентов, 1,5% - сомневаются.

Следует отметить, что из них 98% респондентов ответили, что участковый врач проводит разъяснительные беседы по интересующему их заболеванию.

Качеством проводимых профилактических осмотров удовлетворены 91,5% опрошенных, неудовлетворены – 4,5%, а 4% не знают о проведении скрининговых исследований.

41% анкетированных респондентов состояли на диспансерном учете (чаще всего у кардиолога – 27%, у терапевта – 29%, у эндокринолога – 14%, невропатолога – 11,5%, гастроэнтеролога – 10% и других специалистов), 53,5% пациентов не состояли на Д-учете.

В ходе опроса было выяснено, что в большинстве случаев пациенты, нуждающиеся в плановой госпитализации в лечебно-профилактические учреждения через портал были госпитализированы в среднем в течение одной недели.

Оценили работу поликлиник по пяти - бальной системе на отлично – 43,5%, хорошо – 38%, удовлетворительно – 8,5%, плохо – 4,5% анкетированных.

До настоящего времени остается актуальной проблема информированности населения о доступности и качестве медицинских услуг. В проводимых исследованиях было выявлено, что о реформах здравоохранения в Казахстане население узнает от медицинских

работников – 42%, остальные от средств массовой информации (центральное телевидение, радио), друзей или знакомых, а 6% - вообще не интересуются этими вопросами.

Одним из основных условий успешного внедрения современных принципов управления качеством медицинской помощи является формирование мотивации у персонала медицинской организации к качественному выполнению своей работы и к активному участию в процессах управления качеством. Руководству медицинской организации предстоит развивать целое направление деятельности по развитию доброжелательного сотрудничества персонала с пациентами, включающее обучение и обеспечение безопасности пациентов, систематический анализ мнения пациента о качестве оказания медицинской помощи и привлечение общественных объединений больных.

Литература:

1. Послание Президента РК Назарбаева Н.А. народу Казахстана от 28 марта 2007 года «Новый Казахстан в новом мире» - сайт Министерства культуры и информации РК.

2. Указ Президента РК 2004 г. № 1438. «Государственная Программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы» - Астана, 2004. – 90с. – сайт www.government.kz

3. Гольшев А.Я., Носырева О.М. Концепция создания системы управления здравоохранением // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. - №4. (23).- С. 22-29.

4. Медсестринская практика. Доклад комитета экспертов ВОЗ // Всемирная организация здравоохранения. – Женева. – 1996. –51с.

5. Мажаров В.Н. Улучшение деятельности амбулаторно-поликлинического звена в структуре непрерывного повышения качества работы многопрофильного стационара. Дисс. ...канд. мед.наук. – Москва, 2007. – 166с.

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ САПАСЫ МЕН ҚОЛ ЖЕТІМДІЛІК ТУРАЛЫ КӨЗ – ҚАРАСТЫРЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

А.М. Ысқақова, М.В. Горемыкина

Семей мемлекеттік медициналық университеті

Бұл мақалада тұрғындардың медициналық көмек көрсету туралы көз – қарастарының әлеуметтік зерттеу нәтижелері қарастырылған, бұл өз ара Семей қаласының денсаулық сақтау жүйесінің қызметтілігінің тұрғындардың қабылдауы бойынша көріністің аңықталуы мен құрастыруға мүмкіндік берді, сонымен қатар, ерекшеліктер мен проблемалық аймақтар аңықталды.

Негізгі сөздер: Сапа, медициналық көмек көрсету, қол жетімділік.

Summary

OPINION OF SEMEY POPULATION ON QUALITY AND AVAILABILITY OF MEDICAL CARE: THE RESULTS OF SOCIOLOGICAL SURVEY

A.M. Iskakova, M.V. Goremykina

Semey State Medical University

The article contains the results of sociological survey on the populations' opinion regarding quality and availability of medical care, which let define and get an idea on populations' perception about public health system functioning in Semey and determine characteristic and problem zones.

Key words: quality, medical care, availability.

УДК 61-005.912.2

Э.О. Балтабаева

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ОБУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБЩЕНИЮ НА ТЕКСТАХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Аннотация

Статья посвящена обучению профессиональному общению на текстах по специальности в медицинском вузе. В статье рассматриваются пути и методы решения обучения профессиональному общению студентов-медиков, позволяющих подготовить их к учебной клинической практике и к устному общению с больным. В статье рассмотрены принципы формирования навыков и умений, для формирования которых нужна определённая система упражнений. В заключение предлагается текст и упражнения к нему, нацеленные не только на закрепление грамматической темы, но и на усвоение лексики по специальности.

Ключевые слова: профессиональное общение, специальность, коммуникация.

Профессия врача - одна из немногих, требующих совершенного владения приемами и способами эффективного общения, как с пациентами, их родственниками, так и с коллегами для достижения взаимопонимания, необходимого при решении не только лечебно-диагностических задач, но и личностных и семейных проблемных ситуаций, способных оказывать существенное влияние на исход конкретного заболевания и качество жизни человека в целом. Это обстоятельство ставит перед преподавателями русского языка важнейших задач, одной из которых является обучение профессиональному общению студентов-медиков, позволяющих подготовить их к учебной клинической практике и к устному общению с больным. В связи с этим пересматриваются цели и задачи преподавания РКИ. Согласно коммуникативному принципу, они определяются в соответствии с «социальным заказом», который обусловлен рабочими программами, календарно-тематическими планами теоретических и практических кафедр вуза. Студент должен уметь принять участие в речевом общении на занятиях по хирургии, внутренним и нервным болезням, а также в профессиональном общении; должен уметь обратиться с просьбой или предложением к младшему медицинскому персоналу, медсестре или больному; уметь запросить информацию о жалобах, дать соответствующие рекомендации. В связи с этим актуальной задачей для преподавателей кафедры русского языка является формирование навыков ведения диалога, с целью выявления жалоб больного и записи их в историю болезни. То есть преподавателям необходимо научить студентов: 1) задавать вопросы о месте возникновения и иррадиации боли; о характере боли; об условиях появления боли; о температуре; о кашле; о мокроте; об одышке, а также о характере других симптомов; 2) понимать ответы больного; 3) сопровождать осмотр и аускультацию больного соответствующими командами; 4) записывать полученную информацию в историю болезни.

Успешному формированию вышеперечисленных навыков и умений способствует определённая система упражнений. Например, Д.И. Изаренков, И.В. Рахманов, В.Л. Скалкин считают, что все упражнения «разграничиваются на три класса в зависимости от того, на решение каких задач в плане формирования речевых навыков они направлены». Первый класс составляют тренировочные упражнения некоммуникативного плана, которые «служат для того, чтобы усвоить материал языка и подготовиться к использованию его в речи. Упражнения второго класса предназначены для усвоения языкового материала, но обладают определенной речевой направленностью. Третий класс составляют речевые

упражнения, которые учат выражать свои мысли и понимать мысли других людей на языке; обеспечивают практику в конкретном виде и форме коммуникации». Мы, также, считаем целесообразным разделить упражнения на 3 этапа. Первый этап – упражнения, направленные на овладение средствами построения профессионального диалога. К числу факторов, способствующих усвоению русского языка, как средства овладения специальностью, относится опора на межпредметные связи

Исходя из данного критерия, нами производился и производится отбор текстов из учебников по пропедевтике внутренних болезней, введение в клинику, анатомии, физиологии и т.д. Адаптированные материалы лекций и практических занятий кафедр: введение в клинику, анатомии, физиологии внутренних болезней нами были представлены в виде набора готовых высказываний, необходимых для реализации интенций профессионального общения.

Расположение материала, таким образом, поможет студентам лучше ориентироваться в нём. Второй этап предполагает реализацию на практике знаний, полученных в результате работы над упражнениями первого этапа. На втором этапе студенты учатся реагировать на различного рода устные и письменные тексты, а также самостоятельно порождать высказывания. Закрепление нового материала происходит при использовании диалогов врача с больным. Основной целью упражнений третьего этапа является выработка у студентов умений реализовать на практике основные интенции реальной коммуникации врач – пациент в ситуации «осмотр пациента, постановка диагноза». Упражнения третьего этапа рекомендуется считать игровыми.

В качестве примера хотелось бы привести следующую работу на материале специального учебного текста «Ревматизм», направленную на формирование профессионального общения. Студентам предлагается текст и упражнения к нему, нацеленные не только на закрепление грамматической темы, но и на усвоение лексики по специальности.

Задание 1. Прочитайте текст. Составьте вопросы к данному тексту и напишите к нему план. Выпишите из текста термины-слова, глагольные и субстантивные терминосо сочетания.

У больного ревматизм.

Заболевание характеризуется распространенным воспалением соединительной ткани с преимущественным вовлечением в воспалительный процесс сердца, суставов, а также других органов.

Причины. В происхождении заболевания решающую роль играют повторные стрептококковые заболева-

ния (главным образом ангины) и особая предрасположенность организма к аллергическим заболеваниям в ответ на воздействие стрептококка.

Определенная роль в развитии ревматизма принадлежит охлаждению, в связи с чем, заболевание чаще наблюдается в холодное и сырое время года. Ревматизмом чаще заболевают дети в возрасте 7-15 лет. Поражение суставов носит нестойкий характер: через 10-12 дней все явления бесследно проходят. Однако это лишь кажущееся выздоровление, так как одновременно поражается сердце (мышечный слой, клапаны, наружная оболочка). Ревматическое поражение клапанов приводит к формированию пороков сердца.

Жалобы. Больные жалуются на недомогание, небольшое повышение температуры, утомляемость, сердцебиение, одышку, разнообразные болевые ощущения в области сердца, быструю утомляемость.

Осмотр. Покраснение и припухлость локтевых коленных и других суставов, иногда поражение нервной системы, непроизвольные подергивания конечностей, повышенная возбудимость.

Лечение. Своевременное обращение к врачу и ранняя диагностика в значительной степени определяют успех лечения. Применяются антибактериальные, противовоспалительные и другие средства. Лечение обычно продолжается и после выписки из больницы под наблюдением врача ревматологического кабинета. Диета больного ревматизмом должна содержать достаточное количество белков и витаминов. Больные ревматизмом обычно находятся под диспансерным наблюдением.

а) Прочитайте вслух слова-термины и словосочетания, запишите их:

Соединительная ткань, воспалительный процесс, стрептококковые заболевания, диспансерное наблюдение, недомогание, утомляемость.

б) Измените словосочетания по образцу.

Образец: воспаление распространяется - распространение воспаления.

Запишите жалобы больного в историю болезни со словами жалуется. По словам больного, он чувствует недомогание. По словам больного, он быстро утомляется.

в) Сформулируйте вопросы больному со словом беспокоит.

Больной жалуется на недомогание, повышение температуры.

Больной жалуется на утомляемость, сердцебиение, одышку.

Больной жалуется на разнообразные болевые ощущения в области сердца, быструю утомляемость.

г) Скажите о первых симптомах заболевания, правильно используя словосочетания, данные справа.

Заболевание началось: недомогание, небольшое повышение (с чего?) температуры, утомляемость, разнообразные болевые ощущения в области сердца.

Каковы причины возникновения ревматизма?

На что жалуются больные ревматизмом?

В каком возрасте дети часто заболевают ревматизмом?

К чему приводит ревматическое поражение клапанов сердца?

Каковы результаты осмотра больных ревматизмом?

д) Запишите в историю болезни причины заболевания:

По словам больного, у него часто были ангины.

По словам больного, его организм предрасположен к аллергическим заболеваниям.

По словам больного, его организм часто подвергался охлаждению.

е) На основе данных ситуаций составьте запись в историю болезни, оформляя предложения по модели: причиной чего, по словам больного, является что.

Образец: Заболевание ангиной является причиной внесения инфекции в организм.

Больной часто болел ангиной.

Организм больного предрасположен к аллергическим заболеваниям.

Организм больного часто подвергается охлаждению.

ж) Запишите в историю болезни:

1) Паспортные данные больного.

2) Его жалобы.

3) Причины заболевания.

Литература:

1. Арутюнов А.Р., Костина И.С. Коммуникативная методика русского языка как иностранного и иностранных языков (конспекты лекций). – М., 1992. – 56 с.

2. Борзенко С.Г. Типология упражнений по обучению профессиональному медицинскому диалогу «врач-пациент» Обучение профессиональному общению на русском языке иностранных студентов медицинского вуза. – Львов, 1985. – 215 с.

3. Ховалкина А.А. Преподавание РКИ и его методическое обеспечение в современных условиях вузовского образования // Филологические студии. – 2001, №2. – 80 с.

Тұжырым

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА МАМАНДЫҚТАР БОЙЫНША МӘТІНДЕР АРҚЫЛЫ КӘСІБИ ТІЛДЕСУГЕ ОҚЫТУ

Э.О. Балтабаева

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

Мақала медик студенттердің орыс тілінен практикалық сабақтарда кәсіби тілдесуге арналған. Дәрігерлердің мамандығы – көптің бірі болмағандықтан, диагностикалық – емдеудегі тапсырмаларды орындағанда өзара түсіністікке қол жеткізу үшін, нәтижелі қарым – қатынас тәсілдерін меңгеруді талап етеді.

Негізгі сөздер: кәсіби тілдесу, мамандық, коммуникативті.

Summary

TEACHING PROFESSIONAL COMMUNICATION ON TEXT BY SPECIALITY AT THE MEDICAL UNIVERSITY

E.O. Baltabayeva

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov

Article deals with the development of the professional communication of medical students during practical training on the Russian language. As the doctors is one of the few of it insisted on mastering of techniques and ways of effective communication. In order to achieve mutual understanding it is necessary for the treatment and diagnostic tasks.

Key words: professional communication, speciality, communication.

УДК 616.411-001-089

Алт.А. Дюсупов¹, А.А. Карпенко², А.З. Дюсупов³, Алм.А. Дюсупов⁴,
А.А. Дюсупова⁵, А.К. Букатов⁶, К.Б. Тлекин⁷

^{1,3,4,5,6} Государственный медицинский университет города Семей;

² Центр сосудистой и гибридной хирургии ФГУ «Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий», г. Новосибирск, Российская Федерация;

⁷ Поликлиника №2, г. Усть-Каменогорск

РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФРАРЕНАЛЬНОЙ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Аннотация

Проанализированы данные хирургического лечения 225 больных с инфраренальной аневризмой брюшной аорты (АБА), в период с 1998 по 2012 годы, которые в зависимости от тактики и способа хирургического лечения разделены на 3 группы. Предварительная хирургическая коррекция нарушений коронарного кровотока и брахиоцефальных артерий у больных 2-й группы позволила уменьшить количество инфарктов миокарда в периоперационном периоде с 10,1% до 1,2%, инсультов с 4,2% до 1,3%, достоверно снизить периоперационную летальность с 21,5% до 9,3%. Развитие острой ишемии левой половины толстой кишки с некрозом кишечника и перитонита в 4-х случаях у больных 1-й и 2-й групп говорит об актуальности данной проблемы, которая требует своего дальнейшего решения. При наличии условий для установки стент-графта при АБА данный способ является методом выбора. Особенно у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Продолжение инфузионно-трансфузионной терапии под контролем центрального венозного давления в пределах 60-120 мм вод.ст. может привести к повышению гидростатического и снижению коллоидно-осмотического давления крови в сосудах, которое сопровождается развитием отека тканей жизненно важных органов с клиническими симптомами от дисфункции до моно- или полиорганной недостаточности с тяжелыми последствиями (80-100% летальность на сегодняшний день). Дифференцированный подход к выбору тактики лечения больных с АБА, своевременная коррекция сочетанных и сопутствующих заболеваний, адекватная инфузионная терапия позволяют значительно уменьшить частоту развития и тяжесть течения различных осложнений.

Ключевые слова: инфраренальная аневризма брюшной аорты, центральное венозное давление, осложнение.

Актуальность. Несмотря на современные достижения сосудистой хирургии, в настоящее время результаты оперативного лечения больных с инфраренальной аневризмой брюшной аорты (АБА) все еще требуют своего улучшения [1,2,3].

Результаты хирургического лечения больных зависят во многом от возраста оперируемых больных, характера и тяжести сопутствующих заболеваний, опыта персонала и технических возможностей клиники, где оперировались больные. Летальность по данным литературы варьирует от 4,1 до 9,7% [4,5,6,7,8].

В Европе, в среднем летальность среди оперированных больных с АБА в плановом порядке находится на уровне 5% [9]. Идентичные показатели летальности до 6,7% при плановых резекциях АБА обнаружены в ведущих клиниках России [10,11,12].

По данным литературы соотношение летальности при плановых и экстренных операциях при АБА составляет 3:1 [13].

Причинами высокой летальности при хирургических вмешательствах на инфраренальном отделе брюшной аорты является высокая частота послеоперационных осложнений, частота которых варьирует от 18,8 до 55% [14,15,16,17].

В структуре послеоперационных осложнений при реконструктивных оперативных вмешательствах по поводу аневризмы инфраренального отдела аорты первое место занимают инфаркты миокарда и сердечно-сосудистая недостаточность, второе место – респираторные дисфункции, третье – острая почечная недостаточность. Далее располагаются осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта в виде эрозив-

ных кровотечений и ишемии со стороны толстого кишечника, острые нарушения мозгового кровообращения (энцефалопатии) [18,19,20,21,22,23,24,25]. В основном полиорганная патология, не связанная непосредственно с АБА, за исключением ишемии толстого кишечника.

Цель исследования. Оптимизировать тактику при хирургическом лечении инфраренальной аневризмы брюшной аорты (АБА).

Материалы и методы. Проанализированы данные хирургического лечения 225 больных с АБА, в период с 1998 по 2012 годы, которые в зависимости от тактики и способа хирургического лечения разделены на 3 группы. 1-ю группу больных составили 79 (35,2%) пациентов, которым выполняли открытую операцию по поводу АБА с терапевтической коррекцией сочетанной патологии в артериальных бассейнах сердца и головного мозга. 2-я группа - 118 (52,4%) больных, которым первым этапом выполняли хирургическую коррекцию артериального русла сердца и головного мозга, следующим этапом выполняли открытую операцию по поводу АБА. 3-я группа - 28 (12,4) больных, которым также применялась этапная хирургическая коррекция в бассейнах коронарного русла и брахиоцефальных артериях, однако по поводу АБА применяли способ эндоваскулярного протезирования. Все группы больных были сопоставимы между собой по возрасту и полу, размерам и типу АБА, наличию сочетанной и сопутствующей патологии.

Результаты. Изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных. Летальность в раннем послеоперационном периоде у боль-

ных 1-й группы составила 17 (21,5%) больных. Причиной смерти наиболее часто являлся острый инфаркт миокарда 8 (10,1%) больных, другими причинами летального исхода стали острая почечная недостаточность - у 3 (3,8%) пациентов, некроз левой половины толстой кишки с развитием перитонита - 2 (2,5%) больных, полиорганная недостаточность - 2 (2,5%) больных, по 1 (1,2%) случаю тромбоз бифуркационного протеза и двухсторонняя пневмония. Во 2-й группе больных ранние послеоперационные осложнения стали причиной смерти у 11 (9,3%) пациентов. Наиболее часто причиной смерти стало развитие полиорганной недостаточности 4 (3,4%) больных, в 2 (1,7%) случаях развился некроз левой половины толстой кишки с развитием перитонита, у 2 (1,7%) пациентов - острый панкреатит с панкреонекрозом, по 1 (1,2%) случаю причинами смерти стали острый инфаркт миокарда, перфорация язвы двенадцатиперстной кишки с развитием перитонита и острая ишемия мышц правого бедра. У больных 3-й группы летальных случаев в раннем послеоперационном периоде не было.

Обсуждение. Анализ результатов лечения 225 больных с АБА показали, что, среди больных которым выполнялись открытая операция по поводу АБА с терапевтической коррекцией сочетанной патологии летальность в послеоперационном периоде отмечалась у 17 (21,5%) больных, а среди оперированных по поводу АБА после хирургической коррекции сочетанной патологии артериального кровоснабжения сердца и головного мозга летальные исходы выявлены у 11 (9,3%) пациентов.

Из числа 28 умерших больных в обеих группах полиорганная недостаточность (ПОН) была причиной летального исхода у 9 (32,1%) оперированных. Последняя проявлялась в виде респираторного дистресс синдрома (РДСС) со стороны легких с нарастающей клиникой дыхательной недостаточности, энцефалопатии (сопор, кома), ОПН (повышением уровня мочевины и креатинина), нарушения функции желудочно-кишечного тракта ЖКТ (понос, кровотечения), сердечно-сосудистой недостаточности (тахикардия, переходящая в брадикардию, падение АД до остановки сердечной деятельности, уменьшение ударного объема (УО), минутного объема сердца (МОС), повышение общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) и средней величины давления в легочной артерии (ДПАСр)).

Следует отметить, что причиной летальности у 32,1% больных была ПОН, развивающаяся у них в раннем послеоперационном периоде, когда они находились в условиях реанимационного отделения (РО), где им оказывали высококвалифицированную медицинскую помощь.

Одним из ведущих компонентов лечения в РО является инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) кровезаменителями, составными частями крови, лекарственными препаратами и энергетическими ресурсами на жидкой основе (H₂O).

В последние годы все чаще поднимаются вопросы критического подхода к объемам, составным частям ИТТ, а также критериям оценки адекватности проводимой внутривенно инфузии.

В частности по поводу ЦВД, принятого как показатель адекватности ИТТ. Уровень ЦВД 60-120 мм вод.столба считается достаточным для возврата венозной крови в правую половину сердца. Последнее является основой для нормальной деятельности орга-

нов макроциркуляции (сердца, сосудов) и микроциркуляции (капилляров, артериол и венул). То есть, при показателе величины ЦВД < 50 мм вод.ст. состояние больных считается гиповолемическое и рекомендуется продолжение ИТТ до повышения этого уровня до 60-120 мм вод.ст. (Малышев В.Д., 1985).

На основе многолетних теоретических, экспериментально-клинических исследований с 2002 года нами установлена неизвестная ранее закономерность развития полиорганной недостаточности у разнопрофильных (сосудистых, травматологических, ожоговых, хирургических, терапевтических) больных, находящихся в критическом состоянии, в процессе массивной ИТТ с ориентиром на «общепринятые» показатели ЦВД 60-120 мм вод.ст. Нами выявлено, что проведение ИТТ под контролем такого уровня ЦВД опасно для здоровья и жизни больных, так как в норме, у здоровых людей и у животных, по данным физиологов всего мира и данным разных авторов показатель ЦВД в верхней полой вене имеет отрицательную величину 30-80 мм вод.ст. ниже атмосферного, а не положительный уровень в пределах 60-120 мм вод.ст., который «принят» при проведении ИТТ у больных в критическом состоянии. Продолжение ИТТ под контролем ЦВД в пределах 60-120 мм вод.ст. может привести к повышению гидростатического и снижению коллоидно-осмотического давления (КОД) крови в сосудах, которое сопровождается развитием отека тканей жизненно важных органов с клиническими симптомами от их дисфункции до моно- или полиорганной недостаточности с тяжелыми последствиями (80-100% летальность на сегодняшний день).

Об этом во многом свидетельствует то, что среди больных 3-й группы, которым было произведено малоинвазивное эндоваскулярное протезирование АБА и не выполнялась массивная ИТТ в перед-, интра- и послеоперационном периодах, не было ни одного случая развития полиорганной недостаточности и тяжелых послеоперационных осложнений со стороны жизненно важных органов в ближайшие и отделенные сроки наблюдения.

Кроме того, у 5 больных 1-й группы и 4 больных 2-й группы в периоперационном периоде ИТТ осуществляли с ориентиром величины ЦВД на уровне ± 10 мм вод.ст. и не более 30 мм вод.ст., среднего давления в легочной артерии не более 20 мм рт.ст. (по эхокардиографии). В данной группе больных мы не наблюдали развития моно- или полиорганной недостаточности, послеоперационный период протекал соответственно тяжести проведенных операций по поводу АБА.

Другим грозным осложнением, которое имело место в 4-х случаях в 1-й и 2-й группе больных, является острая ишемия левой половины толстой кишки с развитием некроза кишки и перитонита. В настоящий момент нами разрабатывается комплекс мер по предупреждению данного осложнения. Мы провели экспериментальное исследование на 18 человеческих трупах для определения роли висцеральных и тазовых артерий в кровоснабжении левой половины толстой кишки, которое показало, что помимо нижней брыжечной артерии важную роль в кровоснабжении имеют внутренние подвздошные артерии. Непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярного протезирования АБА говорят о преимуществах данного способа хирургического лечения. При наличии определенных условий (достаточная проксимальная шейка аневризмы, отсутствие выраженной ангуляции АБА, до-

статочный диаметр и проходимость подвздошно-бедренного сегмента) данный способ является методом выбора.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно заключить следующее.

1. При определении тактики по отношению больных с АБА необходимо целенаправленно обследовать их на предмет поражения коронарного русла и брахиоцефальных артерий. Предварительная хирургическая коррекция нарушений коронарного кровотока и брахиоцефальных артерий позволила уменьшить количество инфарктов миокарда в периоперационном периоде с 10,1% до 1,2%, инсультов с 4,2% до 1,3%, достоверно снизить периоперационную летальность с 21,5% до 9,3%.

2. Развитие острой ишемии левой половины толстой кишки с некрозом кишечника и перитонита в 4-х случаях у больных 1-й и 2-й групп говорит об актуальности данной проблемы, которая требует своего дальнейшего решения.

3. При наличии условий для установки стент-графта при АБА данный способ является методом выбора. Особенно у больных с тяжелой сопутствующей патологией.

4. Продолжение ИТТ под контролем ЦВД в пределах 60-120 мм вод.ст. может привести к повышению гидростатического и снижению КОД крови в сосудах, которое сопровождается развитием отека тканей жизненно важных органов с клиническими симптомами от дисфункции до моно- или полиорганной недостаточности с тяжелыми последствиями (80-100% летальности на сегодняшний день).

5. Дифференцированный подход к выбору тактики лечения больных с АБА, своевременная коррекция сочетанных и сопутствующих заболеваний позволяют значительно уменьшить частоту развития и тяжесть течения различных осложнений.

Литература:

1. Бунятян А.А. Анестезиологическое обеспечение у больных при резекции аневризмы брюшной аорты: Новые направления в ангиологии и сосудистой хирургии. / А.А. Бунятян, М.Н. Селезнев, М.Н. Грищенко и др. // Международная конференция, 20-22 июня 1995 г., Москва. Ангиология и сосудистая хирургия, - №1, - С. 4-7.
2. Казанчян П.О. Интра-и послеоперационные осложнения при хирургическом лечении аневризм брюшной аорты. Профилактика и лечение. Диагностика и лечение заболеваний сосудов. / П.О. Казанчян, В.А. Попов // Лекции, статьи, тезисы докладов. Красноярск. - 2001. - С. 6-14.
3. Dimick J.B. Should older patients be selectively referred to high-volume centers for abdominal aortic surgery? / Dimick J.B., Pronovost P.J., Cowan J.A. et al. / Jr Vascular. 2004 Jan; 12(1); 51-6.
4. Дударев В.Е. Опыт хирургического лечения атеросклеротических аневризм аорты. / В.Е. Дударев, Н.В. Кайгородова, В.Н. Даниленко и др. // Диагностика и лечение заболеваний сосудов. Лекции, статьи, тезисы докладов. Красноярск. - 2001. - С. 27-28.
5. Карпенко А.А. Принципы диагностики и хирургического лечения аневризм брюшной аорты. / А.А. Карпенко, Ю.Г. Субботин, Л.Э. Безматерных, М.М. Косых // Диагностика и лечение заболеваний сосудов. Лекции, статьи, тезисы докладов. Красноярск. - С. 29-30.
6. Akkersdijk G.J. Complication of standard elective abdominal aortic aneurysm repair. / Akkersdijk G.J., van der

Graaf Y., Moll F.L. et al. // Eur J Vasc Endovasc Surg - 1998 Jun; 15 (6): 505-10.

7. Bradbury A.W. A 21-year experience of abdominal aortic aneurysm operations in Edinburgh. / Bradbury A.W., Adam D.J., Makhdoomi K.R., Stuart W.P., Murie J.A., Kenkins A.M., Ruckley C.V. // Br J Surg 1998 May; 85(5): 645-7.

8. Dardik A. Results of elective abdominal aortic aneurysm repair in the 1990 s: A population – based analysis of 2335 cases. / Dardik A., Lin J.W., Gordon T.A., Williams G.M., Perler B.A. // J Vase Surg 199 Dec; 30(6): 985-95.

9. Haug E.S. Emergency non-ruptured abdominal aortic aneurysm. / Haug E.S., Romundstad P., Aadahl P., Myhre H.O. // Eur J Vase Endovase Surg. 2004 Dec; 28 (6): 612-8.

10. Шах Д.М., Ллойд У.Э., Пэти Ф.С., Дарлинг Р.К. III и др. Результаты 100 плановых операции при аневризмах брюшной аорты // Ангиология и сосудистая хирургия. - 1997. - №2. - С.80-86.

11. Покровский А.В., Дан В.Н., Кияшко В.А., Каразев Г.Л. Хирургическое лечение ложных аневризм проксимальных анастомозов после аорта-бедренных реконструкций // Хирургия. - 1994. - №2. - С. 19-24.

12. Белов Ю.В., Косенков А.Н. Комплексный подход к диагностике и хирургическому лечению больных аневризмами брюшного отдела аорты (классификация) // Хирургия. - 1999. - №1. - С. 5-8.

13. Galland R.B., Michaels J., Toms A. A comprasion of clinical index and ejection fraction in predicting cardiac complication following infrarenal aortic reconstruction // Europ. J. Vasc. Endovasc. Surg. 1995. Vol. 9. P. 233-238.

14. Hua H.T. Early outcomes of endovascular versus open abdominal aortic aneurysm repair in the National Surgical Quality Improvement Program – Private Sector (NSQIP-PS). / Hua H.T., Cambria R.P., Chuang S.K., et al. // J Vasc Surg. Mar: (3): 382-9.

15. Jiang J. Early mortality and complications of abdominal aortic aneurysm repair; analysis of 186 cases. / Jiang J., Wang Y., Chen F. // Zhonghua Wai Ke Za Zhi 2001 Nov; 39 (11): 829-31.

16. Vanzetto G., Evaluation of a clinical and scintigraphic management strategy for cardiac risk before abdominal aorta surgery. Apropos of 982 surgical patients / Vanzetto G., Sessa C., Magne J.L. et al. // Arch Mal Coeur Vaiss 1999 Feb; 92(2): 211-8.

17. Vemuri C. Effect of increasing patient age on complication rates following intact abdominal aortic aneurysm repair in the United States / Vemuri C., Wainess R.M., Dimick J.B. et al. // J.Surg Res. 2004 May 1; 118 (1): 26-31.

18. Барсуков А.Е. основные критерии успехов и неудач в хирургическом лечении аневризм брюшной аорты. / А.Е. Барсуков, А.М. Карякин, М.В. Мельников и др. // Международная научная конференция по ангиологии и сосудистой хирургии, 28-29 июня 1996 г., Москва-Петрозаводск. // Ангиология и сосудистая хирургия – 1996. - №2. - С. 6-7.

19. Болдырев А.А. Транспортные АТФазы. / Болдырев А.А., Мелгунов В.И. // Итоги науки и техники: Биофизика. – М.: ВИНТИ, 1985. – 245 с.

20. Чурляев Ю.А. Клинический опыт использования высокочастотной искусственной вентиляции легких у больных после резекции аневризм инфраренального отдела аорты. / Ю.А. Чурляев, С.Д. Панфилов, Д.В. Заблоцкий и др. // Международная научная конференция по ангиологии и сосудистой хирургии, 28-29 июня 1996г., Москва – Петрозаводск. Ангиология и сосудистая хирургия – 1996. - №2. - С. 42-43.

21. Fantini G.A. Pulmonary failure following lower torso ischemia: clinical evidence for a remote affect of reperfusion injury. / Fantini G.A., Conte M.S. // Am Surg 1995 Apr; 61(4):316-9.

22. Селезнев М.Н. Анестезия, инфузионная терапия и профилактика почечной недостаточности при резекции аневризм брюшной аорты. / М.Н. Селезнев, Н.Ю. Золичева, М.Н. Грищенко и др. // АННАЛЫ РНЦХ РАМН, выпуск 8, - 1999, - С. 33-39.

23. Stanie M. renal protection during surgical procedures on the infrarenal aorta / Stanie M., Sindjelic R.,

Neskovic V. et all. // Srp Celok 1 ek. 2002 May. Jun; 130(5-6): 68-72.

24. Bjorck M. Risk factors for intestinal ischaemia after aortoiliac surgery: a combined cohort and case-control study of 2824 operations. / Bjorck M., Troeng T., Bergqvist D. / Eur J Vas Endovasc Surg 1997 Jun; 13 (6): 531-9.

25. Спиридонов А.А. Ангиохирургия сегодня – нерешенные проблемы. / Грудная и сердечно - сосудистая хирургия. 1990. - №6. - С. 3-11.

Тұжырым

ҚҰРСАҚТЫҚ АОРТА ИНФРАРЕНАЛДЫ АНЕВРИЗМАСЫМЕН НАУҚАСТАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУДЕН KEЙІН ОТАДАНКЕЙІНГІ ЕРТЕ ӨЛІМ ЖІТІМ

А.А. Дюсупов, А.А. Карпенко, А.З. Дюсупов, Алм.А. Дюсупов, А.А. Дюсупова, А.К. Букатов, К.Б. Тлекин

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті;

Тамыр және гибриді хирургия орталығы «Росмедтехнологиялар академик Е.Н. Мешалкин атынд.

қанайналымы патологиясы Новосибир ҒЗИ» ФММ, Новосибирск қ., Ресей Федерациясы;

Өскемен қ. №2 емханасы

1998 -2012 жылдары құрсақтық аорта инфрареналды аневризмасымен 225 науқастың хирургиялық емдеу мәліметтері талданды, олар хирургиялық емдеу тактикасы мен әдістеріне байланысты 3 топқа бөлінген. 2 топ науқастарындағы коронарлы қанағым мен брахиоцефалды артериялардың бұзылыстарын хирургиялық алдын ала түзету периота мерзімде инфаркт миокарда санын 10,1% - 1,2% дейін, инсульттерді 4,2% - 1,3% дейін азайтуға мүмкіндік берді, периотада өлім жітімді 21,5% - 9,3% дейін анық азайту.

1-ші және 2-ші топ науқастарындағы 4 жағдайда ішек некрозымен және перитонитпен тоқ ішектің сол жақ жартысында жіті ишемияның дамуы осы мәселенің өзектілігі туралы айтады, ол өзінің әрі қарайғы шешімін талап етеді. Осы әдіс ҚАА кезінде стент-графты орналастыру үшін жағдайдың болуы таңдау әдісі болып табылады. Әсіресе ауыр қосарлы патологиямен науқастарда болады. Орталық веналық қысымды 60-120мм су. ст. шегінде бақыланатын инфузионды-трансфузионды терапияны жалғастыру гидростатистиканы артыруға және коллоидты –осмотикалық тамырлардағы қан қысымын төмендетуге әкелуі мүмкін, ол ауыр зардаптармен дисфункциядан моно- га немесе полиорганды жетіспеушілікке клиникалық симптомдарымен өмірлік маңызды ағзалардың тіндеріндегі ісінуі қоса болады (бүгінгі күні 80-100% өлім - жітім). ҚАА науқастарды емдеу тактикасын таңдауда дифференциалды әдіс, қатар келген және ілеспелі ауруларды уақытылы түзету, адекватты инфузионды терапия әртүрлі асқынулардың даму жиілігін және ауыр өтуін айтарлықтай төмендетуге мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: құрсақтық аорта инфрареналды аневризмасы, орталық веналық қысым, асқыну.

Summary

EARLY POST OPERATIONAL MORTALITY AFTER SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH INFRARENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM

Alt.A. Dyussupov, A.A. Karpenko, A.Z. Dyussupov, Alm.A. Dyussupov, A.A. Dyussupova, A.K. Bukatov, K.B. Tlekin

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Center of vascular and hybrid surgery of the FGU "Novosibirsk Institute of Circulation Pathology by Academician E.N. Meshalkin of Rosmedtechnologies ", Novosibirsk, Russian Federation

Policlinic №2 of the Ust-Kamenogorsk city

Analyzed the data of surgical treatment of 225 patients with infrarenal abdominal aortic aneurysm (AAA) in the period from 1998 to 2012, who depending on the tactics and methods of surgical treatment are divided into 3 groups. Preliminary surgical correction of coronary and cerebral blood flow with following open surgery of AAA has allowed to reduce the number of myocardial infarctions in the early post operational period from 10,1% to 1,2%, strokes from 4,2% to 1,3%, reliably to reduce perioperative mortality from 21,5% to 9,3%.

Development of acute ischemia of the left half of the colon with necrosis of the intestine and peritonitis in 4 cases at patients of the 1st and 2nd groups spoke about the relevance of this problem, which requires further decisions. At conditions for placement of stent-graft at abdominal aortic aneurysm (AAA), this method is the method of choice. Especially in patients with severe comorbidities. Continued infusion-transfusion therapy under the supervision of the central venous pressure in the range of 60-120 mm of water column can lead to increased hydrostatic and reduce colloid osmotic pressure of blood in the vessels, which is accompanied by the development of edema of the vital organs with clinical symptoms of dysfunction to a mono-or multi-organ failure with severe consequences (80-100% mortality up to date). Differentiated approach to the choice of treatment of patients with AAA and timely correction of associated comorbidities, adequate fluid therapy can significantly reduce the incidence and severity of various complications.

Key words: infrarenal abdominal aortic aneurysm, central venous pressure, complications.

УДК 616.411-001-089

М.М. Гладинец, А.К. Садыков, А.Т. Маратова, Н.С. Шарипова, Д.Н. Кенжалина

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Аннотация

В данной статье представлена тактика хирургического лечения повреждения селезенки при открытых и закрытых травмах живота, интраоперационные повреждения которые возникают при операциях на органах брюшной полости. Использована альтернатива спленэктомии - аутотрансплантация ткани селезенки в органы брюшной полости при невозможности ее сохранения.

Ключевые слова: Спленэктомия, иммуноглобулины, аутотрансплантация.

Актуальность: Постоянный рост травматизма в сочетании с большой частотой повреждений селезенки, вызывает высокий рост развития различных осложнений в послеоперационном периоде и в отдаленных сроках, способствуют к разработке эффективной целенаправленной тактики ведения больных. Частота повреждений селезенки составляет 22,3-30% при травме органов брюшной полости и занимает второе место среди разрывов паренхиматозных органов. Совершенствование способов гемостаза и выбор тактики при травмах селезенки и последующей операции имеют весьма актуальное значение.

На протяжении многих десятилетий считалось, что основной операцией при повреждении селезенки является спленэктомия. Возможность полного удаления этого органа объяснялась тем, что он не является жизненно важным и удаление не приводит к серьезным нарушениям гомеостаза. Первая спленэктомия была выполнена Zaccarello и несмотря на первое успешное применение этой операции использование спленэктомии в качестве лечебной процедуры началось с 1900г., когда асептика завоевала прочное место в повседневной хирургической практике. В России первая спленэктомия по поводу травмы селезенки была выполнена в 1896 г. А. А. Трояновым. С тех пор эта операция стала операцией выбора при повреждении ткани селезенки [3,4]. Если учесть, что повреждения селезенки при закрытой травме живота встречаются почти у 30% пострадавших [2,5,6], то число ежегодно выполняемых спленэктомий значительно увеличивается. В тоже время, при ряде операций на органах брюшной полости: при резекции желудка, гастрэктомии, операциях при заболевании левой половины толстой кишки, поджелудочной железы по неосторожности возникают повреждения селезенки молодыми ассистентами, по поводу которых в последствии приходится удалять селезенку. Закрытые повреждения селезенки возникают при тупой травме живота. Спонтанные разрывы чаще наблюдаются при различных заболеваниях, сопровождающихся увеличением селезенки и изменением её структуры. Особое значение занимают ятрогенные повреждения селезенки во время операции на органах верхней части брюшной полости.

Методы органосохраняющих операций весьма разнообразны: наложение рассасывающих швов, во избежание прорезывания швов на края раны помещают кусочки сальника на ножке или изолированные, остатки гемостаза обрабатывают микрокристаллическим коллагеном, сдавливают поврежденную селезенку лоскутом брюшины или полигликолевой сеткой, электрокоагуляцией, желатиновой губкой, сегментарная резекция селезенки, склеивание раны фибриновым клеем.

В хирургической клинике в больнице скорой медицинской помощи с 1999 г. по 2012 г. лечилось 98 больных с различными заболеваниями гематологического профиля и травматическим повреждением селезенки. Возрастной контингент с 18 по 89 лет. В последнее время количественный состав гематологических заболеваний увеличился. Пациенты гематологического отделения, подлежащие к оперативному лечению, переводятся в хирургическое отделение Больницы скорой медицинской помощи. Основная масса больных с повреждением селезенки в различных вариантах поступают с закрытой и открытой травмой живота. В отдельных случаях повреждается селезенка при оперативных вмешательствах. Роль селезенки в организме человека является весьма необходимой, так как выполняет ведущую роль в иммунологической защите. В настоящее время установлено, что селезенка является своеобразным «депо крови», то есть частью ретикулоэндотелиальной системы, участвует в разрушении «состарившихся» эритроцитов, тромбоцитов, задерживает находящиеся в кровяном русле витальные красители, коллоидные металлы и возбудители инфекционных заболеваний. В последние годы доказано, что селезенка участвует в выработке иммуноглобулинов, является в организме источником тафтсина одной из фракций 7-глобулинов, влияющего на фагоцитарную активность нейтрофилов, участвует в регуляции деятельности Т- и В-лимфоцитов [8]. Селезенка участвует в выработке антитромбоцитарных антител, активно захватывает и разрушает циркулирующие тромбоциты, оказывает угнетающее действие на тромбоцитообразовательную функцию костного мозга. При заболеваниях селезенки: инфаркт селезенки, абсцесс, нагноившиеся кисты селезенки, опухоли. В диагностике применялись инструментальные методы исследования наиболее информативнее, это ультразвуковое сканирование, компьютерная томография, радиоизотопное сканирование. Которые давали возможность хирургу выработать единую тактику ведения больных, показания к выполнению операции - спленэктомии. В последние годы появились сообщения ученых о судьбе пациентов перенесших спленэктомию. По данным D. H. Morris и F. D. Bullock [9] установили, что удаление селезенки значительно снижает сопротивляемость организма к инфекции, пациенты после спленэктомии госпитализировались с подозрением на сепсис и часто высевались бактерии пневмококки и выявляли легочные осложнения у больных. Ученые сделали заключение, спленэктомии выполненных при случайном повреждении селезенки во время операции, существенно осложняет течение послеоперационного периода. У 53% больных с первой группой выявлены осложнения в брюшной полости у 10%, а у 18% пациен-

тов со второй группой крови осложнений не было. Гемостаз удалось обеспечить при резаных ранах селезенки в 18- случаях из 23 и колото-резаных 16 - случаях из 23 пациентов. Швы, наложенные на продольные раны селезенки, чаще прорезываются и вызывают вторичное кровотечение, так как капсула органа более устойчива при поперечных разрезах. При возникновении кровотечения в результате ушивания ран накладывали дополнительные швы с использованием пластических материалов, рассасывающейся гемостатической марли и губки. Спленэктомия открытым доступом сопровождается осложнениями у 39% больных, а летальностью у 7,9%. Наиболее частыми осложнениями бывают нагноения послеоперационных ран, поддиафрагмальные жидкостные скопления, кровотечения. Лапароскопический способ спленэктомии заключается в удалении селезенки с применением разработанных устройств способствующих сокращению времени проведения операции. Наиболее благоприятная динамика показателем качества жизни после спленэктомии в отдаленные сроки отмечается у больных после лапароскопического способа операции, по сравнению с пациентами, перенесшими традиционные вмешательства.

Singer D. B. [10] на основании изучения 2795 больных, которые перенесли спленэктомию, отметил у 119 пациентов или 4,25% из них развился сепсис. Летальный исход у этой категории больных с развившимися тяжелыми осложнениями отмечен у 2,5%. Учитывая данные о важных физиологических свойствах селезенки, и высокую частоту послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших спленэктомию, в последнее время находим публикации ученых о выполнении органосохраняющих операциях на селезенке. На сегодняшний день широко используют хирурги при ранениях селезенки наложение гемостатических швов.

В настоящее время в отечественной, зарубежной печати появилось достаточно много сообщений о тактике хирурга при ранениях селезенки с применением органосохраняющих операций. Наиболее частыми органосохраняющими операциями при травматическом повреждении селезенки, являются ушивание ран селезенки с применением сальника, синтетических материалов в целях укрепления линии швов. Неполная резекция селезенки, особенно при разрыве одного из её полюсов, осуществляется перевязка селезеночной артерии [1,5,7.]. Авторы отмечают довольно высокую эффективность органосохраняющих методик лечения повреждений селезенки. Ряд авторов указывают на опасность органосохраняющей операции при множественных разрывах селезенки, повреждении в области ворот, при разрыве значительной части ткани, а также на опасность выполнения их операций в поздние сроки после травмы, особенно при повреждении селезеночной ножки. Для повышения надежности гемостаза при

наложении швов на ткань селезенки иногда применяют цианакрилатный клей. Во всех наблюдениях отмечен хороший гемостатический эффект. Разнообразие описанных методов гемостаза при травмах селезенки свидетельствует о возрастающем стремлении хирургов ограничиваться органосохраняющими операциями при травмах селезенки.

В заключение следует отметить, что резекция селезенки обеспечивает более высокий уровень иммунной защиты организма с аутотрансплантацией мелких кусочков ткани её. При двухмоментных разрывах, повреждении селезенки требуется операция радикальная – спленэктомия. В последнее время ученые сообщают о важной роли селезенки, как одного из органов иммунодефицитной защиты организма и начали выполнять более щадящие операции при повреждении селезенки. В диагностике повреждения селезенки ценны лапароскопия, лапароцентез с применением шарящего катетера. Совершенствование техники гемостаза при резекции селезенки на основе современных достижений биологии и технической оснащенности позволили хирургам, реже выполнять вынужденные удаления важного в функциональном отношении органа, каким является селезенка. В результате вынужденной спленэктомии целесообразно взять кусочки селезенки и имплантировать в сальник или мышечную ткань.

Литература:

1. Абасов Б.Х., Гаджиев Д.Н., Юсубов В.Н. Органосохраняющие операции при травматических повреждениях селезенки. Вестник хирургии. - Москва.- 1982, №128. - С. 84-88.
2. Акимов В. И., Кантор З. М. Закрытая травма живота. - Киев, 1963. - 82 с
3. Баиров Г. А., Кудрявцев В. А. - Вестник хирургии, - Москва. - 1971, № 10. - С. 102-108.
4. Гланц Р.И., Рожинский М.М. Сберегательная хирургия поврежденной селезенки // Медицина. Москва. - 1973. - С. 103.
5. Хаитова Р. М., Ильина Н.И., Аллергология и иммунология. Национальное руководство. Москва, М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2009. – 636 с.
6. Савельев В.С., Кириенко А.И., Клиническая хирургия. Национальное руководство. - М. Москва, - 2008., т. 1. - С. 255-299.
7. Комахидзе М. Э. Селезенка. - М., Москва, 1971., - С. 65-72.
8. Brands W., Mencken C., Beck M. – Wld J. Surg., 1982, v.6, - p. 366-368
9. Morris D. H., Bullock F. D. – Ann. Surg., 1919, v. 70, - p. 513-519
10. Singer D. B. – In: Perspectives in pediatric pathology. - Chicago, - 1973, v.1 - p. 285-311

Тұжырым

КӨКБАУЫР ЖАРАҚАТЫ КЕЗІНДЕГІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ТАКТИКА М.М. Гладинец, А.К. Садықов, Ә.Т. Маратова, Н.С. Шарипова, Д.Н. Кенжалина Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Қорыта келе айтатынымыз, көкбауырдың резекциясы және оның тінінің бөлшектерінің аутотрансплантациясы ағзаның жоғарғы иммунды қорғанысын қамтамасыз етеді. Көкбауырдың екі мезгілді жарылысы, жарақаты кезінде негізді ота – спленэктомия қажет. Соңғы уақытта көптеген ғалымдар көкбауыр қызметін өте жоғары екендігін айтады, яғни ағзаның иммунды қорғаныс қасиеті жоғары және көкбауыр жарақаты кезде оны сақтап қалуға тырысады. Көкбауыр жарақаты кезінде ақпараттық жағынан ең құнды диагностикалық тәсілдер: лапароскопия және тінту катетермен лапароцентез. Биологиялық және техникалық қамтамасыз етілуіне байланысты көкбауыр резекциясы кезіндегі гемостаз техникасы жетінді, сондықтан атқаратын міндеті зор көкбауырды алып тастау операциясы сирей түсті. Мәжбүрімді спленэктомия нәтижесінде көкбауырдың кішкентай бір бөлігін алып ішмайына немесе бұлшықетке сіңістіруге болады.

Маңызды сөздер: Спленэктомия, иммуноглобулиндер, аутотрансплантация.

Summary

SURGERY TACTICS AT DAMAGE TO THE SPLEEN

M.M. Gladinets, A.K. Sadykov, A.T. Maratova, N.S. Sharipova, D.N. Kenzhalina
Semey State medical university

In conclusion, it should be noted that the spleen resection ensures a higher level of immune protection with autologous small pieces of tissue. With two momentary breaks and damage to the spleen radical operation required – splenectomy.

In recent years, many authors have reported on the importance of the spleen is an organ of immunodeficient defense of the organism, and began to carry out more sparing surgery for spleen injury. In diagnostic damage to the spleen valuable laparoscopy and celiocentesis with application groping catheter. Improve the technique of hemostasis during resection spleen on the basis of modern biology to achieving and technical equipment have allowed significantly reduce the frequency of the forced removals of the functionally important body, as is the spleen. As a result of the forced splenectomy is advisable to take pieces of the spleen and implanted in the gland or muscle.

Key words: Splenectomy, autotransplantation, immunoglobulins.

УДК 616.37-007.43-616.756.26-089

М.К. Курпин

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.

ПЛАСТИКА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖЕНОСИТЕЛЬСТВОМ

Аннотация

В патогенезе формирования грыжи первостепенная роль принадлежит наличию «слабых мест» передней брюшной стенки. Слабыми участками брюшной стенки являются, паховая область, пупочное кольцо, белая линия живота, полупунная «спигелевая» линия и в других участках организма человека. Длительное существование грыжи у пациента, это риск опасности развития осложнения. Грыженосительство ограничивает трудоспособность и снижает качество жизни человека. Грыжи передней брюшной стенки живота широко распространены. Потенциальный грыженоситель, это каждый пятый житель на Земном шаре. Ежегодно диагностика паховых грыж устанавливается врачами-хирургами в Европе, в Германии у 180 тыс. человек. В Российской Федерации - у 270 тыс. человек. В США - у 500-700 тыс. пациентов. Ежегодно в мировом сообществе по поводу грыжи выполняют хирурги более 20 млн. операций. В целях профилактики появления приобретенных грыж можно значительно уменьшить с помощью регулярных физических тренировок и устранение тяжёлого физического труда. Ведущим признаком любых форм грыж, за исключением ущемленных, хирург выявляет положительный симптом «кашлевого» толчка. При покашливании большого пальца хирурга ощущают толчки какого-то образования, выходящего в паховый канал. Наличие наружной брюшной грыжи, является показанием к оперативному лечению.

Ключевые слова: герниология, грыженосительство, грыжесечение.

Паховая грыжа наиболее распространенный вид грыжевых образований по данным отечественных ученых России, они составляют до 80%. На основании анализа клинического материала общепризнано, что главной причиной образования паховых грыж служит слабость задней стенки пахового канала. Во всех странах мира наиболее популярной является классификация паховых грыж «по Nylis и R.Condonz» [8].

Иностранные ученые выделяют четыре типа грыженосительства: прямая, косая, скользящая, надпузырная паховые грыжи. С расширенным глубоким паховым кольцом, достигающим до треугольника Гессельбаха, к ним относят скользящую, паховомашоночную грыжи. Оперативные вмешательства по поводу грыжи являются одним из самых частых в клинической хирургии. Проблема их лечения не потеряла актуальности до настоящего времени. По данным литературы паховые грыжи составляют от 87% до 90% всех больных страдающих грыженосительством. Особенно следует отметить, что по данным отечественных и зарубежных авторов, частота рецидивов после проведенных оперативных вмешательств у пациентов при сложных видах паховых грыж выявляют у 20 - 30%. В пожилом и старческом возрасте достигает до 42%, от всех наблюдаемых пациентов.

На сегодняшний день хирургами всех времён разработаны более ста различных способов операций по поводу лечения паховых грыж. Важную роль в генезе рецидивов грыж, ученые выделяют возраст больных, несоблюдение рекомендаций хирурга, поднятие тяжести, давность заболевания, нагноения операционной раны и другие факторы. Длительное грыженосительство ослабляет паховую область, которая нуждается в укреплении слабых мест в паховом треугольнике. Не смотря на большие разработки ученых, исключая все до сегодняшнего дня, хирурги не пришли к единому мнению относительно того, что какую стенку пахового канала из 4-х необходимо наиболее укреплять пластическим материалом. И все-таки большинство хирургов справедливо считают, что лучшие результаты дает пластика задней стенки пахового канала. При дополнении к ней использование всех анатомических слоёв, придавая при этом большое значение апоневротико-мышечно-фасциальной пластике, то есть использовать «многослойную пластику тканями» [1,2,3,4,5].

Многие хирурги отмечают неадекватность применения мышечной пластики, основываясь на том, что мышечные волокна, подшитые к паховой связке подвергаются склеротическим изменениям, и тем самым утрачивая свои функциональные особенности. Если косые паховые грыжи у пациентов почти в 96,8% у проопери-

рваных больных по методике Мартынова, С.И. Спассокукоцкого со швами Кимбаровского не знают рецидивов, ввиду подшивания к передней стенке пахового канала одноименных тканей, и, к сожалению, часто не производятся хирургами при прямых паховых грыжах.

В клинике БСМП прооперированно 87 пациентов с косыми грыжами по методике Спассокукоцкого-Кочергина со швами Кимбаровского, рецидив выявлен только через 1,5 года у 2-х пациентов в пожилом возрасте.

Классический способ пластики пахового канала по Бассини не лишен недостатков, потому что мышечные волокна подшитые к паховой связке, перерождаются в соединительнотканый рубец, утрачивают «функциональную активность» и легко отходят от паховой связки, ослабляя тем самым сформированную заднюю стенку пахового канала, дают благоприятные условия для рецидива [3,4,7].

Способ Кукуджанова Н.И. в устранении слабости стенки прямых грыж сложен в техническом выполнении, многоэтапный, травматический и создает условия разволокнения паховой связки из-за наложения нескольких рядов швов мышечных тканей. Имеется опасность повреждения нижней надчревной и наружной подвздошной артерии. По данной методике прооперированно 5 пациентов, осложнений не было.

Отдельные хирурги при рецидивных и сложных паховых грыжах в целях пластики задней стенки пахового канала используют трансплантацию прямой мышцы живота, бедра перемещая их в паховый канал, через наружное отверстие.

Лечение сложных паховых грыж по способу Янова В.Н. с применением аутодермального имплантата не нашло широкого применения, из-за сложности термической обработки и хранения имплантата в специальном консерванте кожного лоскута. Часто наступает рубцовое перерождение пересаженного лоскута, вызывая деформацию пахового канала и вовлечение в процесс элементов семенного канатика, что приводит к рецидиву грыжи.

Разделяя мнения ученых о патогенетическом значении задней стенки пахового канала в развитии грыжи у лиц пожилого возраста, а также рецидивов прямых, скользящих грыж имеются доказательства, что следует осуществлять укрепление задней стенки пахового канала в сочетании всех анатомических слоев паховой области, подкрепляя заднюю стенку пахового канала с использованием апоневрозов наружной, внутренней косой, поперечной мышц живота, за счет дубликатуры ткани поперечной фасции пахового канала. В процессе разработки способа пластики задней стенки пахового канала исходили из возможности приближения и фиксации мышц к паховой связке таким образом, чтобы мышцы оказались в апоневротическом фасциальном жолобе, который обеспечивает принцип многослойной апоневротико-мышечно-фасциальной герниопластики с соприкосновением однородных тканей, бла-

годаря чему происходит прочное сращение тканей, так как мышцы не приживаются к паховой связке.

В хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г.Семей за последние пять лет выполнено у пациентов 57 оперативных пособий герниопластики при сложных видах паховых грыж. При прямой паховой грыжи у 40 больных, рецидивных у 12, косой паховой грыже с разрушением ткани пахового треугольника у 5 больных. Возраст больных составлял от 25 до 80 лет. Чаще болели мужчины - 47, женщин - 10. Все оперированные больные по данной методике выписаны из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии. У 2-х пациентов выявлена серома, у одного пациента в пожилом возрасте поверхностное нагноение ран. Реабилитация выписанных пациентов осуществлялась в поликлиническом звене у хирурга. Отдельные результаты прослежены у 47 пациентов в сроке от одного до 2 лет. Рецидивов не было обнаружено у прооперированных больных.

В заключение следует отметить, что все поступившие пациенты не были выявлены на своём участке врачами СВА, не находились на диспансерном учете. Своевременное выявление на ранних этапах заболевания, позволяет предупредить разрушение и расслоение апоневротических стенок пахового канала, особенно задней стенки, пахового канала. Многослойная апоневротическая мышечно-фасциальная пластинка задней стенки пахового канала при прямых паховых грыжах, даже рецидивных и паховомошоночных с разрушением стенок канала, позволяют осуществление герниопластики с соприкосновением однородных тканей, благодаря чему происходит прочное сращение с паховой связкой. Так как, элементы семенного канатика чувствительны к травме и расположение его в подкожной клетчатке является нецелесообразным. Поэтому, после пластики задней стенки пахового канала, семенной канатик укладывают на вновь образованную заднюю стенку пахового канала, а поверх ещё пластика дубликатурой апоневрозом наружной косой мышцы живота и швы на рану.

Литература:

1. Барышников А.И. Грыжи живота // Казанский медицинский журнал. - 1962, №6, - С. 25-26.
2. Кот А.И., Норенко А.А. Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. - Минск. - 1973. - С. 290-292.
3. Крымов А.И. Брюшные грыжи, краткое руководство для врачей и студентов. - Киев. - 1980. - С. 52 - 72.
4. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. - М. - 1969. - С. 59 - 65.
5. Иоффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж. - М. - 1967. - С. 32-35.
6. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни. - М. - 2006, т 1. - С. 255-299.
7. Nyhus L.M., Condon R.E., Hezruia 4 th - Philadelphia. - 1995. - S. 17-20.

Тұжырым

ЖАРЫҒЫ БАР НАУҚАСТЫҢ ШАП КАНАЛЫНЫҢ АРТҚЫ ҚАБЫРҒАСЫНЫҢ ПЛАСТИКАСЫ

М. К. Курпин

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Қорыта келе айтатынымыз, ауруханаға түскен пациенттер ұчаскеде ЖДА дәрігерлерімен айқындалмаған және диспансерлік есепте болмаған. Аурудың бастапқы кезеңдерінде ерте айқындау шап каналының апоневротикалық қабырғаларының бұзылуының және ажырауының алдын алуға көмектеседі, әсіресе шап каналының артқы қабырғасының. Тура шаптық жарықтарда, әсіресе каналдың қабырғаларының бұзылуымен рецидивтік, шаптықұмалық жарықтарда шап каналының артқы қабырғасының апоневротикалық бұлшықеттік-фасциалдық пластинкасы, герниопластика жасауға мүмкіндік береді, осының арқасында шап

байламымен жақсы бітіседі. Ұрық түтікшесінің элементтері жарақатқа сезімтал болғандықтан, оның тері асты клетчаткасында орналасқаны дұрыс емес. Шап каналының артқы қабырғасының пластикасынан кейін ұрық түтікшесін шап каналының қайта жасалған артқы қабырғасына жатқызады, іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозына тігіс салады.

Негізгі сөздер: герниология, шап жарығы, шап жарығының артқы қабырғасының пластикасы.

Summary
PLASTY OF A BACK WALL OF THE INGUINAL CHANNEL AT PATIENTS WITH HERNIAS
M.K. Kirpin

Semey State medical university

In summary it is necessary to notice, that all arrived patients have not been taped on the site by family doctors, were not on the dispensary account. Timely revealing at early stages of disease, allows to warn destruction and stratification of aponeurotic walls of the inguinal channel, especially back wall, the inguinal channel. Multilayered muscular and aponeurotic plasty of back wall of the inguinal channel at direct inguinal hernias, even recurrent and scrotal hernias with destruction of walls of the channel, allow realisation of a hernioplasty with contact of homogeneous tissues thanks to what there is a strong adnation to inguinal ligament. As, elements of spermatic cord are sensitive to a trauma and its locating in a hypodermic fat is inexpedient. The refore, after a plasty of a back wall of the inguinal channel, spermatic cord stack on again formed back wall of the inguinal channel, and top still a plasty duplication of aponeurosis external slanting muscle of abdomen and sutures on wound.

Key words: herniology, availability of hernia, herniotomy.

УДК 616-089.5:616-053.2

**М.К. Сыздықбаев, И.Т. Тумарбаев, Р.Ч. Саламбаев, Б.А. Кенжин,
Д.М. Секербаев, К.Л. Исаков, В.Р. Кригер**

**Государственный медицинский университет города Семей,
Медицинский Центр Государственного медицинского университета города Семей**

**ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
НОВОРОЖДЕННЫМ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА**

Аннотация

Авторами проанализирован материал, посвященный актуальной проблеме атрезии новорожденных, эпидемиологии, анализу летальности, диагностике, транспортировке и организации помощи новорожденных с атрезией пищевода

Ключевые слова: атрезия пищевода, диагностика, оказание помощи.

Актуальность. В последние 10-15 лет достигнуты значительные успехи в лечении атрезии пищевода в связи с совершенствованием медицинских технологий, достижениями в неонатологии, детской хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорожденных. Отмечается отчетливая тенденция к увеличению выживаемости новорожденных с атрезией пищевода, которая достигает 70-90 % [12, 14, 20, 31]. Наблюдается высокая частота сопутствующей патологии среди новорожденных с атрезией пищевода и составляет 2,7- на большого [4]. Наибольший удельный вес сопутствующих осложнений приходится на аспирационные пневмонии. На 7-10 больных с хирургической патологией у 1-2 больных развивается ДВС синдром или геморрагическая болезнь новорожденного. Отмечается рост тяжести инфекционно-воспалительных осложнений [7]. Летальность при септических осложнениях у новорожденных с хирургической патологией составляет от 70 %, до 95% [5].

В этой связи, научный интерес к вопросам интенсивного ведения в пред, интра- и послеоперационном периодах больных с атрезией пищевода не ослабевает. Эта проблема волнует как неонатологов [14, 20], так и хирургов [3, 10] и реаниматологов [11, 28].

Своевременная диагностика при атрезии пищевода сопутствующих заболеваний в настоящее время пред-

ставляет значительные трудности, что требует совершенствования и разработки новых методологических приемов [17].

К сожалению, отсутствуют объективные критерии оценки тяжести состояния детей с атрезией пищевода. общепринятые критерии, такие как удовлетворительное состояние, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, достаточно условны и зависят от субъективной оценки врача [25]. Актуальной остается проблема оценки тяжести состояния в процессе транспортировки пациентов в специализированное отделение реанимации, поскольку это обстоятельство определяет уровень и объем интенсивной терапии на этапах медицинской эвакуации.

В силу анатомо-физиологических особенностей новорожденных клинические симптомы интоксикации при атрезии пищевода не имеют строгой специфичности. В клинике преобладают симптомы, в основе которых лежат нарушения гомеостаза, иммунологической и эндокринной систем. Наличие и особенность возбудителя сопутствующего заболевания (пневмонии) предполагает правомочность термина "синдром системного воспалительного ответа" (ССВО) при клинической характеристике осложненного течения атрезии пищевода у новорожденных. Улучшение результатов лечения атрезии пищевода привело к появлению новой проблемной си-

туации, связанной с развитием послеоперационных осложнений, ухудшающих качество жизни детей. Так, в структуре поздних послеоперационных осложнений с частотой до 70% наблюдается желудочно-пищеводный рефлюкс, сопровождающийся эзофагитом, хроническими рецидивирующими пневмониями, отставанием в физическом развитии [24, 27].

Сохраняется высокая частота развития несостоятельности эзофагоэзофагоанастомоза (5-16 %), послеоперационных стриктур анастомоза (40 %), рецидива трахеопищеводного свища (3-14 %), трахеомалиции (10-20%), что является причиной повторных оперативных вмешательств [15, 29, 30].

Вместе с очевидными достижениями в детской хирургии меняется тактика лечения новорожденных с атрезией пищевода и концепция прогнозирования результатов лечения. За последние 40 лет произошли изменения в классификациях прогностических факторов, определяющих исход лечения новорожденных с атрезией пищевода. Предложенные прогностические классификации, основанные на учете массы тела при рождении, наличии или отсутствии пневмонии и сочетанных аномалий развития, зависимости от искусственной вентиляции легких и наличии сочетанных аномалий развития [32], массе тела и наличии или отсутствии врожденных пороков сердца, используются до настоящего времени и вызывают противоречивые суждения об их клинической эффективности [30].

В свою очередь, принятию правильных решений, может помочь применение специальных инструментов, в частности, - шкал оценки тяжести и прогнозирования исхода [1]. Оценка тяжести состояния больного с помощью балльной шкалы повышает объективность и может служить инструментом доказательной медицины [18].

Идеальная шкала оценки тяжести новорожденного должна отвечать следующим требованиям: быть простой, внушать доверие, использовать доступную информацию, содержать возможность включения дополнительной информации, быть независимой от диагностики и лечебных стилей, отражать тяжесть состояния, быть надежной и проверенной [29].

Существующие в настоящий момент шкалы тяжести состояния либо разрабатывались для взрослых пациентов и не учитывали физиологических и морфологических особенностей новорожденных, либо не содержали современных диагностических критериев, позволяющих наиболее точно оценить состояние ребенка [19].

Для усовершенствования перинатальной помощи, впервые в США в 1976 году, была впервые внедрена регионализация, выражающая необходимость организации всех родильных отделений региона вокруг одного учреждения (перинатального центра третьего уровня), где сосредоточены родильное отделение и службы хирургической помощи и интенсивной терапии для новорожденных.

Разработка и внедрение критериев оценки тяжести системного воспалительного ответа у новорожденных с атрезией пищевода с помощью диагностической таблицы, совершенствование способов интенсивной терапии и оперативной коррекции порока позволили снизить летальность при атрезии пищевода практически до 6,8% и исключить летальные исходы при создании искусственного пищевода у детей [8].

Лечение новорожденных детей с тяжелыми пороками развития остается искусством и в XXI веке. Важнейшим фактором, определяющим уровень оказания реанимационной помощи детям первых дней жизни, явля-

ется использование унифицированных протоколов диагностики и интенсивной терапии жизнеугрожающих состояний [16, 22, 23]. Кроме этого, обязательным условием успешного функционирования всей реанимационной службы региона является формирование единых стандартов для «диалога» между специалистами, оказывающими реанимационную помощь детям [2, 26].

Нерешенными по сей день остаются вопросы, касающиеся того, какие клинические критерии являются определяющими для оценки тяжести состояния новорожденных при инициации транспортировки, не определены наиболее оптимальные сроки транспортировки. Не определено безопасное время длительности транспортировки новорожденного, а также оптимального для транспортировки возраста новорожденного, которые являются самыми важными факторами, определяющими дальнейший исход и прогноз [9].

Оперативные вмешательства приводят к нарушению полостного пищеварения вследствие дисфункции желез панкреато-дуоденальной зоны. Компенсаторным механизмом, обеспечивающим гидролитические процессы в тонкой кишке в раннем послеоперационном периоде, является мембранное пищеварение. Эффективным мембранное пищеварение становится лишь при использовании предварительно частично гидролизованных нутриентов в виде смесей для энтерального питания [6]. Появление новых препаратов для энтерального питания расширило возможности врачебной помощи, в значительной степени повысило эффективность проводимых лечебных мероприятий. Адекватная ранняя нутритивная поддержка является на настоящем этапе развития медицины самым эффективным методом коррекции расстройств обмена веществ, характерных для синдрома гиперметаболизма. Современные питательные смеси, адаптированные согласно развившейся органной дисфункции, позволяют не только корригировать белково-энергетический дефицит, но и стабилизировать основные показатели гомеостаза на фоне органной несостоятельности [21]. Таким образом, нутритивная терапия стала неотъемлемой частью комплексного лечения больных с хирургическими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта.

Литература:

1. Александрович Ю.С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний / Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев. СПб.: Сотис, 2007. - 160 с.
2. Александрович Ю.С. Роль реанимационно-консультационных центров в снижении младенческой смертности / Ю.С. Александрович, К.В. Пшениснов, Р.И. Череватенко, Е.В. Паршин, В.И. Гордеев // Анестезиология и реаниматология. 2009. - №1. - С. 48-51.
3. Баиров Г.А., Акмолаев Д.С., Попов А.К. Лечение атрезии пищевода у новорожденных с аноректальными пороками развития. Актуальные вопросы детской хирургии и педиатрии; Тез. докл. научн. практ. конф. детск. хир. БАССР. - Уфа, 1991. - С. 8-9.
4. Баиров Г.А., Дорошевский Ю.А., Баиров В.Г. Основные пути развития хирургии новорожденных. // Советская педиатрия. / Под ред. М.Я. Студеникина. -М.; Медицина. 1988. - Вып. 5. - С. 5-18.
5. Белобородов В.Б. // Сепсис. Москва. - 2000 - 13с.
6. Бондаренко В.А., Вандер К.А. Мембранное пищеварение в раннем послеоперационном периоде при энтеральном зондовом питании. // Вестник хирургии. 1986. - Т. 137. - №12. - С. 39-43.

7. Дмитриев В.В. Нарушение системы гомеостаза при сепсисе у детей первого года жизни // Здравоохранение Белоруссии. - 1982 - №11. - С.19-22.

8. Завьялов А.Е. Коррекция синдрома системного воспалительного ответа на этапах хирургического лечения новорожденных с атрезией пищевода Автореф. дисс. докт.наук. – Новосибирск. – 2006.

9. Иванов Д.О., Евтюков Г.М. Интенсивная терапия и транспортировка новорожденных детей. – Практическое руководство. - 2009. «Человек» - 612 с.

10. Исаков Ю.Ф., Самсыгин С.А., Долгина Е.И. Иммунологическая характеристика новорожденных детей с сепсисом // Вестн. АМН СССР. - 1981. - №12. - С. 7-12.

11. Мешков М.В. с соавт. Применение нутритивной поддержки у недоношенных детей с хирургической патологией ЖКТ в условиях отделения интенсивной терапии. // Вестник НГУ. Том - 2, Выпуск - 3, 2004. - С.46.

12. Кожевников В.А. Новые подходы к хирургическому лечению атрезии пищевода у детей / В.А. Кожевников, Ю.В. Тен, А.К. Смирнов // Проблемы клинической медицины. - 2005. - № 4. - С. 59-63.

13. Красовская Т.В. 10-летний опыт лечения новорожденных эзофаго-эзофагоанастомозом / Т.В. Красовская, Н.В. Голоденко, О.Г. Мокрушипа // Детская хирургия. 2003. - № 6. - С. 5-8.

14. Красовская Т.В., Кобзева Т.Н., Романова Л.А. и др. О сепсисе в хирургической клинике у новорожденных // Вестн. Хирургии.-1981.-Т.126.-№6.-С.109-112.

15. Красовская Т.В. Осложнения оперативного лечения атрезии пищевода / Т.В. Красовская, Ю.И. Кучеров, С.-Х.М. Батаев // Детская хирургия. -2001. № 3. - С. 44-46.

16. Левит А.И. Организация работы реанимационно-анестезиологической службы Свердловской области в XXI веке. Проблемы решенные и нерешенные / А.И. Левит // Интенсивная Терапия. - 2005. - №1 - С. 10-13.

17. Лыткин М.И., Костюченко А.Л., Костин Э.Д. Возможности и реальности диагностики септического шока в хирургии // Вест. Хирургии. - 1982. - №2. - С.3-8.

18. Мельникова Н.И. Оценка тяжести состояния и методы коррекции нарушений у новорожденных детей с

тяжелыми врожденными пороками развития: Автореф. дис. . докт. мед. наук / Н.И. Мельникова; М., 2007 - 38 с.

19. Мельникова Н.И. Оценка тяжести и интенсивной терапии новорожденных в отделении реанимации /Н.И. Мельникова, А.С. Долецкий, И.Ф. Острейков // Анестезиология и реаниматология. - 2004. - №1. - С. 8-12.

20. Немилова Т.К., Аринцина И.А., Баиров В.Г. Новый подход к лечению новорожденных с множественными пороками развития. Новые технологии в педиатрии: матер. Конгресса педиатров России. - М., 1995. - С. 162.

21. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамазашвили Т.Ш., и др. // Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. — М. 2002. - 329 с.

22. Рубин А.Д. Проблемы кадрового обеспечения педиатрической службы в условиях Севера России / А.Д. Рубин, А.А. Наумова // Актуальные проблемы педиатрии /Сб. материалов XI конгресса педиатров России. - 2007. - С. 576.

23. Стародубов В. И. Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения / В. И. Стародубов // М., 2002. - С. 511.

24. Тен Ю.В. Реконструктивно-пластическая хирургия атрезии пищевода у детей: Автореф. дис. д-ра мед. наук. - Барнаул, 2002. - 38 с.

25. Чернышев А.К., Острый эндотоксикоз у детей // 2-ой Российский конгресс - Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия, материалы.- М. - 2003. - С.52.

26. Шмаков А.Н. Критические состояния новорожденных (технология - дистанционного консультирования и эвакуации). // А.Н. Шмаков, В.Н. Кохно. - Новосибирск, - 2007. - 168 с.

27. Deurloo J.A. Esophagitis and Barrett esophagus after correction of esophageal atresia / J.A. Deurloo, S. Ekkelkamp, J. Taminiu // J. Pediatr. Surg. -2005.-Vol. 40, N8.-P. 1227-1231.

28. Harris M.C., Polin R.A. Neonatal septicemia // Pediatr. Clin. N. Amer. 1983.-Vol. 20, № 2.-P. 243-259.

29. Kovesi T. Long-term Complications of Congenital Esophageal Atresia and/or Tracheoesophageal Fistula / T. Kovesi, S. Rubin // Chest. 2004. - Vol. 126. -P. 915-925.

30. Lopez FA. ADHD: new pharmacological treatments on the horizon. J Dev Behav Pediatr. 2006 Oct; 27(5):410-6.

Тұжырым

ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕДЕ ӨҢЕШТІҢ АТРЕЗИЯСЫ ДИАГНОЗЫН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК КОРСЕТУ

М.К. Сыздықбаев, И.Т. Тумарбаев, Р.Ч. Саламбаев, Б.А. Кенжин, Д.М. Секербаев, К.Л. Исаков, В.Р. Кригер
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің медицина орталығы

Авторлар жана туған нәрестелерде кездесетін өнетің атрезиясың ерте анықтап, эпидемиологиясын және летальностьына талдау жасау, оларға көмек көрсетуді ұйымдастыруды өз тәжірибелерінен алған.

Негізгі сөздер: Өңештің атрезиясы, диагностикасы, алғашқы көмек корсету.

Summary

PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND NEONATAL CARE WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

M.K. Syzdykbayev, I.T. Tumarbayev, R.Ch. Salambaev, B.A. Kenzhin, D.M. Sekerbayev, K.L. Isakov, V.R. Kriger
Semey State Medical University

Medical Center State Medical University of Semey

The authors analyzed data on the actual problems atresia infants, epidemiology, mortality analysis, diagnosis, transport and relief infants with esophageal atresia.

Key words: esophageal atresia, diagnosis, care.

УДК 616.33/34-005.1-08

Т.А. Кусаинов, М.А. Семикина, А.А. Березинец

Городская больница, г. Экибастуз

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**Аннотация**

Авторами проведен анализ 151 больных поступивших с язвенным кровотечением желудка и двенадцатиперстной кишки за период с 2010 по 2011 годы в Экибастузскую городскую больницу. Хирургическая активность составила 13,2%. Общая летальность составила 5,3%, послеоперационная летальность составила 15,0%.

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, язвенные кровотечения желудка и 12-перстной кишки, эндоскопия.

Актуальность

Острые желудочно-кишечные кровотечения уже длительное время остаются сложной и до конца не решенной медицинской проблемой [1, 2, 8]. Более половины больных с желудочно-кишечными кровотечениями составляют пациенты с кровотечениями из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В последнее десятилетие был отмечен как общий рост заболеваемости населения язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, так и увеличение количества осложненных форм язвенной болезни [3].

Истинное значение визуальных прогностических признаков возможного рецидива кровотечения до сих пор обсуждается в литературе [6]. Следует помнить, что рецидив кровотечения осложняет все группы (F1 - F3) язв, но с различной частотой [5]. Диагностическая ценность ФЭГДС при остром кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта составляет 76-90% [7],

по данным отечественных авторов составляет до 98-100% [4].

Цель: провести анализ поступивших больных с язвенным кровотечением желудка и 12-перстной кишки для обеспечения активно-избирательной тактики.

Материал и методы

Материалом исследования были больные городской больницы Экибастуза пролеченные по поводу язвенного кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки в течение 2010-2011 гг. В 2010 г. количество всех пролеченных больных составила – 68 (табл. 1), в 2011 г. – 83 пациента.

Диагностическое эндоскопическое исследование выполняли эндоскопом фирмы *Olympus GIF-E3*, с широким углом зрения в 120° и небольшим наружным диаметром (9,8 мм). Подобный выбор обеспечивал наибольшую информативность и наименьшую возможность травмирования при выполнении исследования.

Таблица 1.

Количество пролеченных и оперированных больных с язвенным кровотечением.

	Все пролеченные больные	Количество оперированных	Хирургическая активность, %
2010	68	10	14,7
2011	83	10	12,0
Все больные	151	20	13,2

Результаты и обсуждение

Как известно диагностика желудочно-кишечного кровотечения складывается из трех основных компонентов:

1. Установление факта желудочно-кишечного кровотечения.

2. Оценка степени тяжести кровопотери.

3. Выявление источника кровотечения.

Неблагоприятными прогностическими факторами при желудочно-кишечном кровотечении считаются:

1. Возраст больного старше 60 лет.

2. Наличие двух и более сопутствующих заболеваний.

3. Массивная кровопотеря (больше 2 л).

4. Шок при поступлении.

5. Рецидив кровотечения в течение 72 ч.

Задачами эндоскопического исследования при желудочно-кишечных кровотечениях являются:

1. Установить локальную причину кровотечения.

2. Определить продолжается ли кровотечение на момент осмотра или остановилось.

3. В случае остановившегося кровотечения определить степень риска рецидива.

4. Определить показания к проведению местного лечения и его вид.

5. Провести эндоскопический гемостаз или профилактику рецидива кровотечения.

Эндоскопическая классификация активности гастродуоденальных кровотечений – средство реализации активной хирургической тактики. Основным документом эндоскопического исследования является его протокол. Совершенство его формы не только позволяет от наиболее полно передать впечатление эндоскописта от увиденного, но и фактически определяет методичность осмотра. Наиболее трудности возникает при списании источников кровотечения и его фазы. Существует необходимость в описаниях, отражающих не просто эндоскопические находки, а тактическую значимость того или иного признака. Это требует боли формализованного подхода к построению протокола эндоскопического исследования.

Мы использовали в работе классификацию по J.F/Forrest, 1974 или модификации (W.Heldvein et al., 1989).

F (Forrest) I - активное кровотечение

F I a - струйное кровотечение

F I b - капальное или «пропотевающее кровотечение»

F II - остановившееся кровотечения

F II a - видимый тромбированный сосуд в дне язвы

F II b - дно язвы покрыто тромбом или темным налетом гематина

F II c - плоское черное пятно (черное дно язвы)

F III – «состоявшиеся», завершившиеся кровотечения: язва без следов кровотечения, происходившего ранее.

Преимущества этой классификации состоят не только в том, что она позволяет строить прогноз, сколько заостряет внимание на состоянии и характере непосредственного источника кровотечения.

Данная классификация, несмотря на формализованность, улучшает взаимопонимание между хирургами и эндоскопистами. Первые могут корректно формулировать вопросы, а вторые - давать конкретизированные ответы, что определяет однозначность толкования гастроскопических и клинических данных и дает возможность своевременного принятия тактических решений.

В нашей клинике хирургическая активность в 2010 г. составила 14,7% (табл. 1), в 2011 г. – 12,0%. Общее число хирургической активности за 2 года составило – 13,2%.

В 2010 г. умерло 2 пациента, пролеченных по поводу язвенного кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки, что составило 2,9%. В 2011 умерло 6 пациентов, общая летальность оставила 7,2% (p>0,5).

Послеоперационная летальность. В 2010 г. умер 1 пациент в послеоперационном периоде, что оставило 10,0%, в 2011 г. умерли 2 больных, что составило 20,0% (p>0,5). Послеоперационная летальность в течение 2-х лет составила 15,0%.

Таблица 2.

Летальность общая и послеоперационная.

	2010	2011	p	Все больные
Общая летальность,	2 (2,9%)	6 (7,2%)	>0,5	8 (5,3%)
Послеоперационная летальность	1 (10,0%)	2 (20,0%)	>0,5	3 (15,0%)

Выводы

1. Пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, необходим активный эндоскопический мониторинг верхних отделов пищеварительного тракта для последующего обеспечения активно-избирательной тактики.

2. Необходимо снизить общую и послеоперационную летальность больных, применяя современные технологии в эндоскопическом лечении.

Литература:

1. Гринберг А.А., Нестеренко В.П., Лахтина Неотложная хирургия дуоденальной язвы. // Тез. докл. VIII Всеросс. съезда хирургов. Краснодар, 1995, с.63-65.
 2. Затевахин И.И., Щеголев А.А. Обоснование лечебной тактики при кровотечениях из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. VIII Всеросс. съезда хирургов. Краснодар - 1995, - С. 97-98.
 3. Лобанков В.Н. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. - 2005, №1. - С. 58-64.

4. Панцырев Ю.М. Роль оперативной эндоскопии в диагностике и лечении острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений / Ю.М. Панцырев, В.И. Сидоренко, Е.Д. Федоров // Мед. помощь. - 1995. - №4. - С. 14 - 17.

5. P-I. Hsu, X-Z. Lin, S. H. Chan et al. Bleeding peptic ulcer-risk factors for rebleeding and sequential changes in endoscopic findings // Gut 1994; 35: 746-49

6. Rockall T. A., Logan R. F. A., Devlin H. B., Northfield T. C. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage // Lancet 1996; 347: 1138-40.

7. Rollhauser C., Flesher D.E. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: an update. // Endoscopy. - 1998.- №2. - P. 114-125.

8. Sung JJ, Chan FK, Lau JY, et al. The effect of endoscopic therapy in patients receiving omeprazole for bleeding ulcers with nonbleeding visible vessels or adherent clots: a randomized comparison. Ann Intern Med 2003;139:237-43.

Тұжырым

ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫ ҚАН КЕТКЕН НАУҚАСТАРДЫ РЕТРОСПЕКТИВТІ ТАЛДАУ

Т.А. Кусаинов, М.А. Семикина, А.А. Березинец

Қалалық аурухана, Екібастұз қ.

Авторлар Экибастуз қалалық ауруханасына 2010-2011 жылдар аралығында асқазан ойық жарасы және ұлтабардан қан кету мен түскен 151 науқасқа талдау жүргізген. Хирургиялық белсенділік 13,2%, жалпы летальность 5,3%, операциядан кейінгі летальность 15,0%.

Негізгі сөздері: гастродуоденалды қант кету асқазан ойық жарасының және ұлтабадан қан кету, эндоскопия.

Summary

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH GASTRODUODENAL BLEEDING

T.A. Kussainov, M.A. Semikina, A.A. Berezinetc

City Hospital, Ekibastuz c.

The authors analyzed 151 patients admitted with ulcer bleeding of the stomach and duodenum in the period from 2010 to 2011 at Ekibastuz city hospital. Surgical activity has left 13,2%. Overall mortality was 5,3%, postoperative mortality was 15,0%.

Keywords: gastroduodenal bleeding ulcer bleeding ulcer and 12 duodenal ulcer, endoscopy.

УДК 612.13-615.382

Алт.А. Дюсупов¹, А.З. Дюсупов², Б.Б. Дюсупова³, Алм.А. Дюсупов⁴,
А.А. Дюсупова⁵, А.К. Букатов⁶, К.Б. Тлекин⁷^{1,2,3,4,5,6} Государственный медицинский университет города Семей,⁷ Поликлиника №2, г.Усть-Каменогорск

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Аннотация

Проведена оценка центральной и легочной гемодинамики у 72 больных. Исследование показало, что измерение центрального венозного давления в комбинации с эхокардиографией позволяют получить точную информацию о гемодинамике больного во время инфузионно-трансфузионной терапии и предупредить развитие гиперволемии. При ЦВД 30 мм водного столба появляются признаки легочной гипертензии.

Ключевые слова: инфузионно-трансфузионная терапия, центральное венозное давление.

Актуальность. Одной из приоритетных задач клинической медицины является изучение состояния центральной гемодинамики у больных, которым проводится инфузионная терапия. Это связано с тем, что в настоящее время в клинической практике очень часто имеют место отрицательные последствия интенсивной терапии [1,2].

Инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) в клинике проводится под контролем уровня ЦВД в пределах 60-120 мм вод.ст. Нашими исследованиями клиническими, морфологическими, экспериментальными получен другой уровень этого показателя: от отрицательного до слабо положительного, не более 30 мм вод.ст. [3,4]. Данные цифры противоречат вышеуказанным параметрам ЦВД (60-120 мм вод.ст.), которые используются сегодня в клинической практике.

Цель исследования. Изучить исходное и пост-трансфузионное состояние центральной и легочной гемодинамики у исследуемых больных.

Материалы и методы. С целью прогнозирования отека легких при проведении ИТТ больным для определения давления в легочной артерии и других параметров легочного кровообращения мы применяли метод эхокардиографического исследования. ЦВД измерялось после катетеризации подключичной вены по Сельдингеру.

Методики мониторинга применялись у 72 больных, получавших лечение в палате интенсивной терапии (ПИТ) больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Семей, отделении хирургии сосудов Медицинского центра Государственного медицинского университета г.Семей. Из них 15,9% (36) составили травматологические больные, 7,5% (17) - лица с термической травмой, остальные 3,0% (7) - больные с патологией органов дыхания, 3,0% (7) - с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и 2,3% (5) - пациенты, оперированные по поводу инфраренальной аневризмы брюшной аорты. Все пациенты поступали вначале в реанимационное отделение и после стабилизации состояния переводились в профильные отделения. Средний возраст пациентов составлял 49,5±1,4 лет, площадь поверхности тела - 1,62±0,03 м². При этом 72% приходилось на долю мужчин, 28% - на женщин.

Следует отметить, что проводимая ИТТ состояла из коллоидных, кристаллоидных растворов, препаратов крови и кровезаменителей. Объем внутривенной инфузии у больных составил в среднем 2446±113,5 мл/сутки, внутрь принято 1243±89,7 мл/сутки.

Результаты. Проведенными исследованиями установлено, что в целом у больных после выхода пациентов из критического состояния и общей клинической стабилизации исходное ЦВД составило 5,8±0,6 мм

вод.ст. При этом АДср. (среднее артериальное давление) находилось на уровне 97,5±1,2 мм рт.ст., частота сердечных сокращений ЧСС составила 82,5±1,1 ударов в минуту. Показатели минутного объема (МО), ударного индекса (УИ), сердечного индекса (СИ) находились в пределах нормальных их значений и составили соответственно 6,7±0,3 л/мин, 49,9±1,3 мл/м² и 4,1 ±0,4 л/мин/м². Размеры левого предсердия (ЛП) и правого желудочка (ПЖ) составили - 3,0±0,08 и 2,4±0,09 см соответственно. Параметры, характеризующие сократительную способность сердца, у больных перед началом проведения инфузионной терапии были на достаточном уровне (фракция выброса (ФВ) - 64,9±0,3%, индекс ударной работы правого желудочка (ИУРПЖ) 8,9±0,4 и индекс ударной работы левого желудочка (ИУЛЖ) 66,4±1,4 гм/ м²/уд), чтобы поддерживать нормальное функционирование сердечнососудистой системы.

При этом общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) находилось на уровне 1165±26,7 дин/с/см⁵. Что касается состояния легочной гемодинамики, то основные ее показатели (среднее давление в легочной артерии (ДЛАср.), диаметр легочной артерии (ЛА), максимальная скорость кровотока ЛА, общее легочное сосудистое сопротивление (ОЛС), индекс (ИОЛС), определяемые в данной работе, также были зарегистрированы в пределах допустимых значений. При ДЛАср. 13,1±0,5 мм рт.ст., диаметр ЛА составил 2,2±0,06 см, максимальная скорость кровотока через ЛА 0,7±0,09 м/с. При этом ОЛС и ИОЛС зафиксированы на уровне 255,4±12,1 дин/с/см⁵, 159,8±8,7 дин/с/см⁵/м² соответственно.

Обсуждение. Исследованием исходных значений параметров центральной и легочной гемодинамики у больных на момент улучшения, восстановления и стабилизации их клинического статуса и показателей системного кровообращения, выхода больных из состояния шока, при показателях ЦВД на уровне 5,8±0,6 мм вод.ст. в целом по группе зарегистрирована относительно стабильная нормальная деятельность сердечно-сосудистой системы.

Иная ситуация сложилась при увеличении показателя ЦВД на фоне проводимой инфузионной терапии. Индикатором для проведения ЭхоКГ при проведении ИТТ был уровень ЦВД, т.е. измерения проводились при различных значениях показателя ЦВД и соответственно им (уровням ЦВД) оценивалось состояние легочной гемодинамики. Так на фоне ИТТ и приема жидкости внутрь зарегистрировано статистически значимое повышение величин ЦВД до 88,3±3,1 мм вод.ст., АДср. до 109,811,3 мм рт.ст. (P<0,05). ЧСС возросла до 99,2±1,0 ударов в минуту (P<0,05). Показатели МО и СИ досто-

верно отличались от исходных их значений и составили соответственно $9,9 \pm 0,8$ л/мин, $6,1 \pm 0,5$ л/мин/м². То же самое можно сказать и о ЛП и ПЖ, полостные размеры которых увеличились до $3,9 \pm 0,1$ и $3,2 \pm 0,06$ см ($P < 0,05$). Касательно параметров ФВ, УО и УИ, то динамика последних также была значимой. Так ФВ при проведении ИТТ составила $69,6 \pm 0,5\%$, ударный объем $100,1 \pm 1,7$ мл и ударный индекс был на уровне $61,7 \pm 1,2$ мл/м² ($P < 0,05$). При проведении ИТТ увеличилась сократительная способность миокарда, со значительным превышением нормальных параметров, характеризующих эту функцию (ИУРПЖ $21,910,8$, ИУРЛЖ $89,1 \pm 1,9$ гм/м²/уд., ($P < 0,05$). Последним изменениям соответствовало достоверное снижение ОПСС до $909 \pm 12,9$ дин/с/см⁵.

При этом обнаружена достоверная корреляция показателей сократительной способности миокарда с ударным индексом: средняя прямая зависимость между параметрами ИУРПЖ и УИ - коэффициент корреляции $R = 0,37$ ($P < 0,01$, $n = 72$) и сильная прямая связь ИУРЛЖ и УИ- $R = 0,85$ ($P < 0,01$, $n = 72$).

Проведен анализ корреляционной зависимости сократительной способности миокарда и преднагрузки - ЦВД и ИУРЛЖ, ЦВД и ИУРПЖ. Так выявлена средняя обратная корреляция показателей ЦВД и ИУРЛЖ и прямая зависимость ЦВД и ИУРПЖ - коэффициенты корреляции последних величин составили соответственно $R = -0,31$ ($P < 0,05$, $n = 72$); $K = 0,4$ ($P < 0,01$, $n = 72$).

Относительно динамики параметров легочной гемодинамики выявлены признаки легочной гипертензии со значимым повышением ДЛАСр. и диаметра ЛА до $32,9 \pm 0,7$ мм рт.ст. и $3,3 \pm 0,04$ см соответственно ($P < 0,05$). Обнаружены соответственно и повышенные значения ОЛС - $436,3 \pm 14,1$ дин/с/см⁵ ($P < 0,05$) и максимальной скорости легочного кровотока $-1,4 \pm 0,05$ м/с ($P < 0,05$).

Нами выявлена достоверная прямая корреляция указанных показателей ЦВД и ДЛАСр. - коэффициент корреляции $R = 0,77$ ($P < 0,01$, $n = 72$); ЦВД и ОЛС - $K = 0,6$ ($P < 0,01$, $n = 72$);

ИТТ в объеме $2446 \pm 113,5$ мл/сутки и принятая внутрь жидкость в объеме $1243 \pm 89,7$ мл/сутки привели к значительному повышению уровня ЦВД. Высокие показатели ЦВД в пределах от 30 до 90 мм вод.ст. сопровождалась увеличением частоты сердечных сокращений, повышением сократительной способности миокарда (ИУРПЖ и ИУРЛЖ) выше нормальных допустимых значений и появлением легочной гипертензии (увеличением ДЛАСр. от 20 до 40 мм рт.ст., максимальной скорости

кровотока ЛА до 1,4 м/с, ОЛС до 450 дин/с/см⁵, увеличением размеров ЛП более 3,3 см и ПЖ более 2,7 см) ($P < 0,05$).

Эхокардиографическое исследование сердца и сосудов у больных показало, что при показателях ЦВД более 30 мм вод.ст. проводимая ИТТ у последних сопровождалась признаками легочной гипертензии, приведшей в ряде случаев к отеку легких, дисфункции и недостаточности со стороны жизненно важных органов (головного мозга, сердца, печени, почек, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)) с последующим летальным исходом. При этом между показателями ЦВД и среднего давления в легочной артерии и ЦВД и общим легочным сосудистым сопротивлением установлена прямая корреляция. Коэффициенты корреляции соответственно составили $K = 0,77$ ($P < 0,01$, $n = 72$) и $R = 0,6$ ($P < 0,01$, $n = 72$).

Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить следующее:

1) с целью профилактики волемических осложнений при проведении ИТТ необходим контроль за исходными и посттрансфузионными уровнем ЦВД и показателями легочной гемодинамики (ДЛАСр., ОЛС, максимальная скорость кровотока ЛА);

2) измерение ЦВД в сочетании с эхокардиографическим исследованием сердца позволяет получить объективную информацию о состоянии центральной и легочной гемодинамики у больных в процессе проведения ИТТ и предупредить развитие гипертонического состояния (полиорганной недостаточности);

3) при значениях ЦВД более 30 мм вод.ст. выявлены признаки легочной гипертензии, отека легких, головного мозга, почек, органов ЖКТ с развитием полиорганной недостаточности.

Литература:

1. Рыбакова М.Г., Жидков К.П., Клечиков В.З. Клиническая патоморфология критических состояний // Архив патологии. - 2005. - Т.67, №5. - С. 41-48.
2. Пермяков Н.К. Патология реанимации и интенсивной терапии. - Москва. «Медицина». - 1985. - 136 с.
3. Дюсупова А.А. Гемодинамические аспекты при инфузионной терапии в неотложной практике. - Республиканский журнал «Поиск» №2. - Алматы. - 2007 - С. 120-123.
4. Дюсупова А.А. Гемодинамические аспекты при ожоговой болезни. - Международная конференция молодых ученых. - Минск, 2008. - С. 20-21.

Тўжырым

ЭХОКАРДИОГРАФИЯЛЫК ЗЕРТТЕУ МƏЛИМЕТТЕР БОЙЫНША ИНФУЗИОНДЫ-ТРАНСФУЗИЯЛЫК ТЕРАПИЯ ЖУРГИЗУ КЕЗИНДЕГИ НАУКАСТАРДАҒЫ ГЕМОДИНАМИКАНЫ БАЙҚАУ

Алт.А. Дюсупов, А.З. Дюсупов, Б.Б. Дюсупова, Алм.А. Дюсупов, А.А. Дюсупова, А.К. Букатов, К.Б. Тлекин
Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті; Өскемен қ. №2 емханасы

72 ауруды порталық және екпелерден қан айналымының жұмысы бағаланған. Бұл ізденісте байқалғаны, орталық көк тамырлардағы қан қысымының және Эхокардиографиялық тексерудің көрсеткіштерін пайдалану арқылы ауруларға тамыр арқылы сұйықтарды артық мөлшерде құюды болдырмауға болады. Мысалы, орталық көк тамырдағы қан қысымы 30 мм Н20 болғанда, екпе тамырларында гипертензиялық белгілері байқала бастайды.

Негізгі сөздер: инфузионды-трансфузионды терапия, орталық көк тамырдағы қан қысымы.

Summary

LEARNING OF HAEMODYNAMIC FOR PATIENTS AT CARRIED OUT OF INFUSION-TRANSFUSIONAL THERAPY UNDER THE DATA OF ECHOCARDIOGRAPHIC RESEARCH

Alt.A. Dyussupov, A.Z. Dyussupov, B.B. Dyussupova, Alm.A. Dyussupov,
A.A. Dyussupova, A.K. Bukatov, K.B. Tlekin

Semey State medical university, Polyclinic №2 of the Ust-Kamenogorsk city

Estimation of central and pulmonary haemodynamics was conducted for 72 patients. The investigation showed that measurement of central venous pressure (CVP) in combination with echocardiographic investigation to allow getting exact information about patients haemodynamics during intravenous transfusion and to prevent development hypervolemia. At CVP 30 mm of Hg was exposed signs of pulmonary hypertension.

Key words: infusional-transfusional therapy, central venous pressure.

УДК 616.831-005-614.876

Д.Х. Даутов¹, Р.А. Азаматова², А.К. Токабаев³, Ж. Жетмекова⁴, Ж.Маженова⁵, Р.М. Жумамбаева⁶

Государственный медицинский университет города Семей,

^{1,3,6} Кафедра пропедевтики внутренних болезней,^{4,5} Магистрант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГМУ г. Семей,² Медицинский пункт воинской части 5511, г. Семей,

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОДВЕРГАВШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИОННОГО ФАКТОРА

Аннотация

Оценка эффективности восстановительного лечения больных после острого нарушения мозгового кровообращения, проживавших в зоне выпадения радиоактивных осадков, с использованием методов физической реабилитации, позволила выявить улучшение параметров гемодинамики и активности жизнедеятельности по шкале Бартелла.

Ключевые слова: реабилитация, мозговое кровообращение, радиационный фактор, сердечно-сосудистая система, активность жизнедеятельности по шкале Бартела, гемодинамика, острое нарушение мозгового кровообращения.

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место по причине выхода на инвалидность и первое место по причине смерти. [1,2] В Казахстане же зарегистрировано почти два миллиона человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Это 12% экономически активного населения страны! И за последний год этот показатель увеличился в 1,5 раза. [3] При этом удельный вес первичного выхода на инвалидность по болезням этой группы составил 23%. Остается высоким и показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, так при анализе данных по регионам, Восточно-Казахстанская область в 2010 году занимает 3-е место по Республике, что соответствует 527,6 на 100 тыс. взрослого населения. Причин для такой тревожной статистики можно указать много. Это экология, климатические условия, наследственность, факторы риска и различные провоцирующие ситуации, стрессы, неадекватное отношение к своему состоянию здоровья, поздняя обращаемость за медицинской помощью или несоблюдение рекомендаций врача. [6] В некоторых регионах Казахстана сложились неблагоприятные экологические условия проживания населения связанные с выпадением радиоактивных осадков вследствие испытаний ядерного оружия. В этой связи, наиболее актуальными являются исследования посвященные вопросам изучения отдаленных последствий пострадавшего населения, профилактическим и лечебно-оздоровительным мероприятиям. Как известно, наиболее частым осложнением сердечно-сосудистой патологии является острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). [1] В связи с социальной значимостью данной проблемы, в последние годы, в медицине уделяется большое внимание вопросам восстановительного лечения в частности методам физической реабилитации. Как известно, реабилитация больных с ОНМК проводится в 3 этапа (стационарный, амбулаторно-поликлинический, санаторно-курортный). В связи с необходимостью проведения длительного лечения таких больных большое значение имеет амбулаторно-поликлинический этап, который предусматривает комплексное обследование больных, постоянное наблюдение специалистов и при необходимости коррекцию лечения. Проводимые реабилитационные мероприятия требуют адекватной оценки их эффективности

В связи с этим **целью** нашего исследования явилось проведение оценки эффективности реабилитационных мероприятий у больных после ОНМК проживав-

ших в зоне выпадения радиоактивных осадков вследствие испытаний ядерного оружия

Материалы и методы

Исследование проводилось в отделении восстановительной терапии (ОВТ) городской поликлиники смешанного типа №1. На каждого больного заводилась разработанная нами карта индивидуального наблюдения которая содержала данные предварительного комплексного обследования (физикальные и клинико-лабораторные показатели) и индивидуальный план реабилитационных мероприятий. При этом в обязательном порядке регистрировались показатели гемодинамики, активности жизнедеятельности больных по шкале Бартела (3,4) до и после проведения реабилитационных мероприятий. Все пациенты, поступившие на поликлинический этап реабилитации обследовались специалистами (невропатологом, кардиологом, логопедом, инструктором лечебной физической культуры, реабилитологом). Активность жизнедеятельности по шкале Бартела оценивалась исходно и через месяц в конце лечения по сумме баллов отражающих степень зависимости от окружающих людей, Так значения баллов от 0 до 20 соответствовали полной зависимости, от 21 до 60 баллов - выраженной зависимости, от 61 до 90 баллов - умеренной, от 91 до 99 баллов - легкой зависимости в повседневной жизни. План реабилитационных мероприятий составленный индивидуально для каждого больного с учетом возраста и тяжести состояния включал в себя диету, медикаментозную коррекцию, методы физической реабилитации (механотерапия; гидрокинезотерапия; дозированная ходьба на свежем воздухе, ручной лечебный массаж, вибромассаж, лечебной гимнастики, с индивидуальным подбором комплекса упражнений) а так же занятия у логопеда

Результаты исследования

Под нашим наблюдением находилось 17 пациентов перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в возрасте от 61 до 86 лет проживавших в зоне выпадения радиоактивных осадков вследствие испытаний ядерного оружия. При анализе полученных нами данных было выявлено, что из числа обследованных лиц мужчин было 11 (средний возраст 72,45; max - 86, min - 61), женщин - 6 (средний возраст 71; max - 77, min - 65). У всех пациентов наблюдались остаточные явления после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, из них у 10 больных наблюдались гемипарез, у 1 пациента гемиплегия, у 4 больных

имело место нарушение речи в виде моторной афазии, 3 пациента перенесли повторные инсульты.

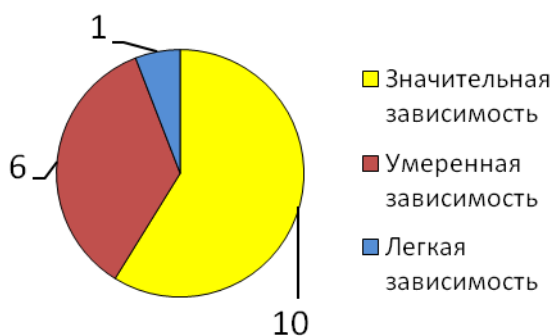


Рисунок 1. Показатель степени зависимости пациента от помощи окружающих людей.

Исходные показатели активности жизнедеятельности по шкале Бартела позволили выявить, степень зависимости пациента от помощи окружающих людей. (Рис. 1).

Так при этом, выявлено, что 10 больных значительно нуждались в помощи окружающих при передвижении, суммарный балл, которых составлял от 21-60 баллов, 6 пациентов имели умеренную зависимость, суммарный диапазон баллов от 61-90 и лишь у одного пациента была легкая зависимость, соответствовавшая 92 баллам:

При анализе этих данных по нарушениям функций (Рис. 2) в группе больных с легкой зависимостью наиболее значительными были нарушения стула, контроля тазовых функций (у 16 из 17), затруднения при одевании, а большинство больных нуждались в посторонней помощи при приеме ванны, посещении туалета, вставании с постели и передвижении. В группе же больных с умеренной зависимостью наиболее выраженными были такие нарушения функций как прием пищи (у 10 из 17), прием ванны, посещение туалета, передвижение и подъем по лестнице (у 7 из 17). В категории же больных с полной зависимостью у 2 были значительные проблемы при вставании с постели и у 1 при подъеме по лестнице.

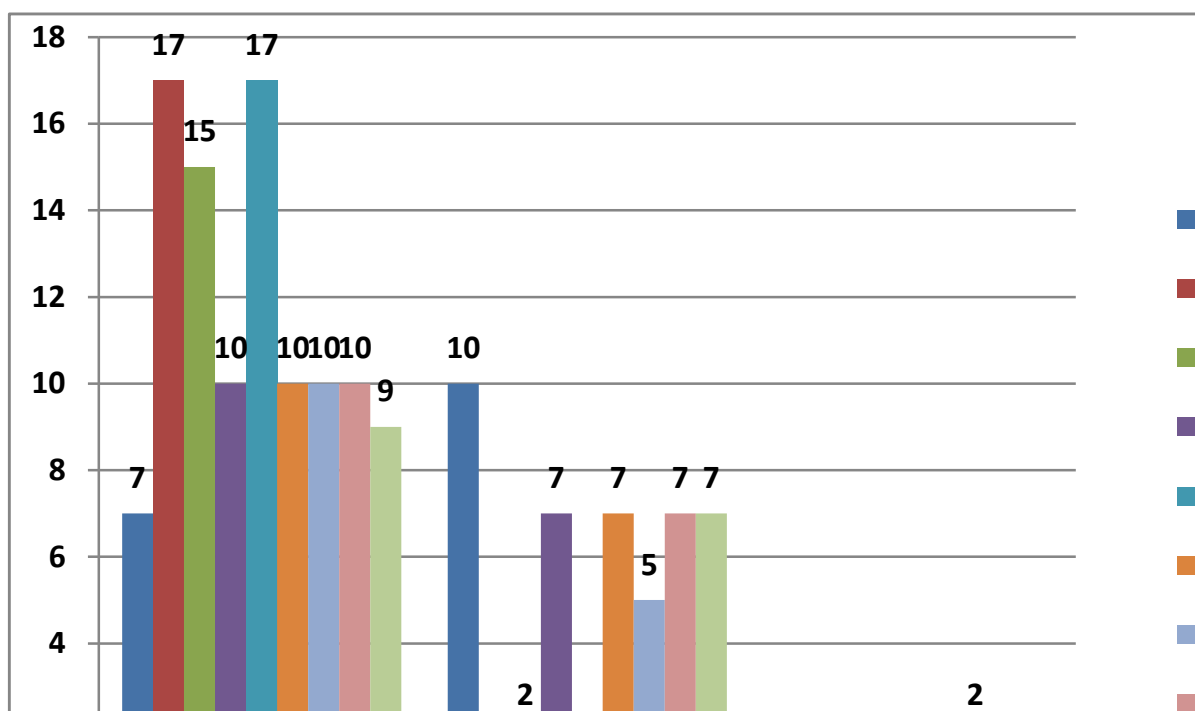


Рисунок 2. Показатели активности жизнедеятельности по шкале Бартела.

При анализе показателей артериального давления исходно у 10 пациентов оно оказалось несколько повышенным и соответствовало в среднем 150/90 мм рт.ст., а, у остальных было в пределах нормы.

При подсчете частоты сердечных сокращении брадикардия выявлена у 2, тахикардия у 10 пациентов

По данным ЭКГ мерцательная аритмия выявлена у 5 пациентов, желудочковая экстрасистолия у 5, не полная блокада левой ножки пучка Гиса у 3. Практически у всех больных имело место гипертрофия левого желудочка (15 больных).

Лабораторные показатели исследования оказались в пределах нормы:

В динамике при регистрации АД и ЧСС: у 9 пациентов на 15-ый день реабилитации отмечалась нормализация АД, у 8 пациентов из 10 с исходно высокими циф-

рами АД снизилось до нормальной отметки. ЧСС снизилось до уровня нормы у 7 больных из 10. В конце лечения у всех больных нормализовалось АД, у 7 исчезла тахикардия, а у 3 больных исчезли экстрасистолы.

Оценка активности жизнедеятельности в результате проведенных реабилитационных мероприятия показала положительную динамику как в клиническом состоянии больных (рис.3), так и в улучшении активности жизнедеятельности.

Так по шкале Бартели у 8 из 10 пролеченных лиц отмечалось увеличение суммарных баллов с градации от 21-60 до 61-90, что указывало на переход этих больных из категории выраженной зависимости в умеренную. В группе же больных с умеренной зависимостью состоящую исходно из 6 пациентов 3 перешли в легкую, что соответствовало 92 баллам.



Рисунок 3. Динамика активности жизнедеятельности в результате проведенных реабилитационных мероприятий.

Выводы Обследование больных после ОНМК, проживавших в зоне выпадения радиоактивных осадков, показало, что в большинстве случаев имеет место нарушение ритма сердечной деятельности и снижение активности жизнедеятельности в виде значительной зависимости от окружающих

Проведенный контроль за динамикой восстановительного периода, с использованием методов физической реабилитации, показал улучшение клинического состояния, параметров гемодинамики и активности жизнедеятельности

Шкала Бартелли, являясь удобной и простой в применении, может быть широко использована в клинической практике для оценки эффективности лечения больных с ОНМК.

Литература:

1. Агеев Ф.Т., Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения // РМЖ. – 2000, №15-16. – С. 622-626.

2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Р.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования – эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) ЭПОХА–О-ХСН // Сердечная недостаточность. – 2003, №3. – С. 116-120.

3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей и научных сотрудников. - М., 2004. - 432 с.

4. Богданов Э.И., Тахиева Ф.В. Индекс Бартела в оценке восстановления больных, перенесших мозговую инсульт в остром периоде заболевания // Неврологический вестник. - 2002. - Т. XXXIV, №3. - С. 59- 60.

5. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы,

6. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Оганов Р.Г. и др. Значение факторов риска в распространенности ишемической болезни сердца у мужчин, проживающих в различных климатографических зонах России, стран СНГ, Прибалтийских государств. Кардиология - 1989, №3 – С. 48-58

Тұжырым

РАДИАЦИЯЛЫҚ ФАКТОРДЫҢ ӘСЕРІНЕ ШАЛДЫҚҚАН ЖЕДЕЛ МИ ҚАНАЙНАЛЫМЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Д.Х. Даутов, Р.А. Азаматова, А.К. Токабаев, Ж. Жетмекова, Ж.Маженова, Р.М. Жумамбаева Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.

Радиоактивті зонада мекендеген, ми қанайналымының жедел бұзылысынан зардап шеккен науқастардың, физикалық реабилитация әдістерін қолдану арқылы қалпына келтіру емінің тиімділігін бағалау гемодинамика және Бартелл бағаны бойынша өмір әрекетінің белсенділігінің жақсаруын анықтауға мүмкіндік берді.

Негізгі сөздер: Реабилитация, ми қанайналымы, радиациялық фактор, жүрек қантамыр жүйесі, Бартелл бағаны бойынша өмір сүру белсенділігі, гемодинамика, жедел ми қанайналымының бұзылысы.

Summary

THE EFFICIENCY OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACUTE ACUTE VIOLATION OF CEREBRAL BLOOD CIRCULATION EXPOSED TO THE RADIATION FACTORS

D.Kh. Dautov, R.A. Azamatova, A.K. Tokabayev, Zh.Zhetmekova, Zh. Mazhenova, R.M. Zhumambayeva Semey State medical university

Estimation of patients' restoration treatment efficiency after acute violation of cerebral blood circulation who lived in zone of fall-out by the physical rehabilitation methods allowed educe the improvement of hemodynamic parameters and vital functions activity with using of Bartell scale.

Key words: rehabilitation, cerebral circulation, radiation factor, cardiovascular system, circulatory dynamics, active of life on a scale Bartell, stroke.

УДК 616.12-008-614.876-616-053.9

*Р.М. Жумамбаева, Г.К. Рахимбекова, Д.Х. Даутов,
Д.К. Кожаметова, Л.Б. Дюсенова, Г.Т. Токабаева*

Государственный медицинский университет города Семей

РЕАБИЛИТАЦИЯ GERONТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПОДВЕРГАВШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИОННОГО ФАКТОРА

Аннотация

В статье приводятся данные по структуре заболеваемости геронтологических больных, проживающих в зоне радиационного загрязнения, оценивается качество жизни больных по опроснику DASl и результаты реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: реабилитация, геронтология, патология органов кровообращения, радиационный фактор.

Актуальность

Концепция развития здравоохранения РК направлена на решение актуальных проблем здоровья социально наиболее незащищенных групп населения нашей страны. Приоритетными являются вопросы оказания медико-социальной помощи лицам старших возрастных групп. Это обусловлено тем, что последние десятилетия нашего века характеризуются неуклонным ростом населения пожилого и старческого возраста, во многих странах мира. Поэтому, вполне закономерен интерес медицинских работников, всего населения к проблемам геронтологии - науки о старении и гериатрии, или клинической геронтологии, той составной части геронтологии, которая касается медицинских аспектов стареющего организма. В соответствии с классификацией, принятой ВОЗ и геронтологической ассоциацией, к пожилым относятся люди в возрасте 60-74 лет, к старикам 75-90 лет, к долгожителям старше 90 лет. У пожилых людей достаточно много проблем, и одно из первых мест традиционно занимает здоровье. Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место по причине выхода на инвалидность и первое место по причине смерти (1,2). Причин для такой тревожной статистики можно указать много. Это экология, климатические условия, наследственность, факторы риска и различные провоцирующие ситуации, стрессы, неадекватное отношение к своему состоянию здоровья, поздняя обращаемость за медицинской помощью или несоблюдение рекомендаций врача (3,4). В некоторых регионах Казахстана сложились неблагоприятные экологические условия проживания населения, связанные с выпадением радиоактивных осадков вследствие испытаний ядерного оружия. В этой связи, наиболее актуальными являются исследования, посвященные вопросам изучения отдаленных последствий пострадавшего населения, профилактическим и лечебно-оздоровительным мероприятиям. В связи с социальной значимостью данной проблемы в последние годы в медицине уделяется большое внимание вопросам восстановительного лечения, в частности, методам физической реабилитации. Восстановительное лечение людей пожилого и, особенно, старческого возраста значительно отличается от такового пациентов других возрастных групп, что связано с физиологическими особенностями стареющего организма, значительным числом противопоказаний и ограничений к отдельным видам реабилитационных вмешательств, а также отсутствием практи-

ческих рекомендаций с обоснованием полезности, эффективности, соразмерности и методов контроля.

В связи с этим, целью нашего исследования было изучение структуры заболеваемости геронтологических больных отделения восстановительной терапии г. Семей и оценка эффективности проводимых реабилитационных мероприятий у больных с патологией органов кровообращения, подвергавшихся воздействию радиационного фактора

Материалы и методы

После проведения анализа структуры заболеваемости геронтологических больных отделения восстановительной терапии г. Семей за 2012 год, проведена оценка результатов реабилитации больных с сердечно-сосудистой патологией, подвергавшихся воздействию радиационного фактора.

Перед началом восстановительного лечения на каждого больного заводилась разработанная нами карта индивидуального наблюдения, которая содержала данные предварительного комплексного обследования (физикальные и клинико-лабораторные показатели, в частности, липидный спектр крови) и индивидуальный план реабилитационных мероприятий. Все пациенты, поступившие на поликлинический этап реабилитации, наблюдались у кардиолога, получали плановое медикаментозное лечение в адрес основного заболевания, диетотерапию и, в зависимости, от клинического состояния предусматривалась дозированная ходьба за 1-2 ч. до сна до 2км. К занятиям ЛФК больной допускался только после осмотра кардиолога. При этом в обязательном порядке регистрировались показатели гемодинамики (пульс, АД, ЭКГ), до и после проведения реабилитационных мероприятий. Лечебная гимнастика (комплекс упражнений в щадяще - тренирующем и тренирующем режиме) проводилась инструктором лечебной физической культуры. Оценку физической активности пациентов проводили с помощью короткой формы индекса физической активности — опросник DASl (The Duke Activity Status Index) [Hlatky M., 1989](5,6). Опросник состоит из 12 вопросов. Результаты выражались в баллах: минимальное возможное количество баллов – 0, максимальное – 52.

Результаты

В отделении восстановительной терапии в течение 2012 года в целом было пролечено 144 геронтологических больных, в возрасте от 60 до 85 лет. При этом лица в возрасте от 60 до 70 лет составили - 60%, от 71 до 80 лет – 34%, от 81 до 90 лет - 2% (рисунок 1).

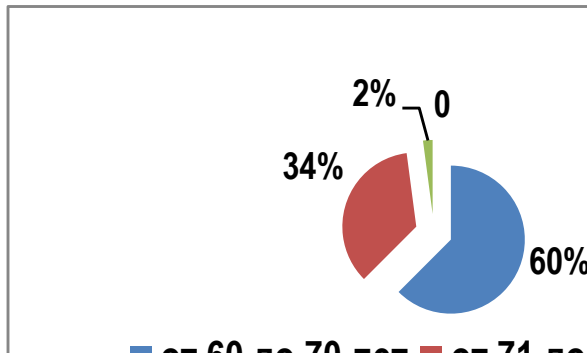


Рисунок 1. Структура обследованных по возрастному критерию.

Анализ структуры заболеваемости этих больных показал значительное преобладание патологии сердечно-сосудистой системы (рисунок 2). При этом 58 больных были с ИБС, что составило 40,2%, 35 больных с артериальной гипертензией (24,3%), 17 больных (11,8%) с ОНМК. Следует отметить, что из 58 пролеченных больных с ИБС у 27 была стенокардия (18,7%), у 11 постинфарктный кардиосклероз, у 7 недостаточность кровообращения II А степени.

В структуре заболеваемости на втором месте была патология суставов - 20 больных (13,8%), в частности

ДОА и обменная спондилопатия, у 33 посттравматическая смешанная контрактура суставов.

Наряду с этим у 6 пролеченных больных был сахарный диабет, у 10 - ожирение III степени, у 5 - заболевания органов дыхания и у 13 - неврологическая патология.

Следует отметить, что из числа пролеченных 58 больных с патологией органов кровообращения 9 больных (3 мужчин и 6 женщин) с 1949 по 1962 годы проживали в зоне выпадения радиоактивных осадков вследствие испытания ядерного оружия.

При этом 5 человек были жителями Жанасемейского, 2 - Бескарагайского и 2 - Абайского районов. Средний возраст этих лиц составил 70 лет.

При анализе структуры заболеваемости выявлено, что все они страдают артериальной гипертензией II степени в сочетании с ИБС, при этом у 3 был постинфарктный кардиосклероз, у 5-х стенокардия напряжения, у 2- недостаточность кровообращения II А ст. На ЭКГ у всех обследованных лиц была гипертрофия левого желудочка, у 3 - на фоне рубцовых полей нарушение ритма в виде мерцательной аритмии, у 2 - желудочковые экстрасистолы. При оценке физической активности пациентов с помощью индекса физической активности по опроснику DASI исходное значение соответствовало 36 баллам, что указывает на значительное снижение качества жизни у обследованных лиц.

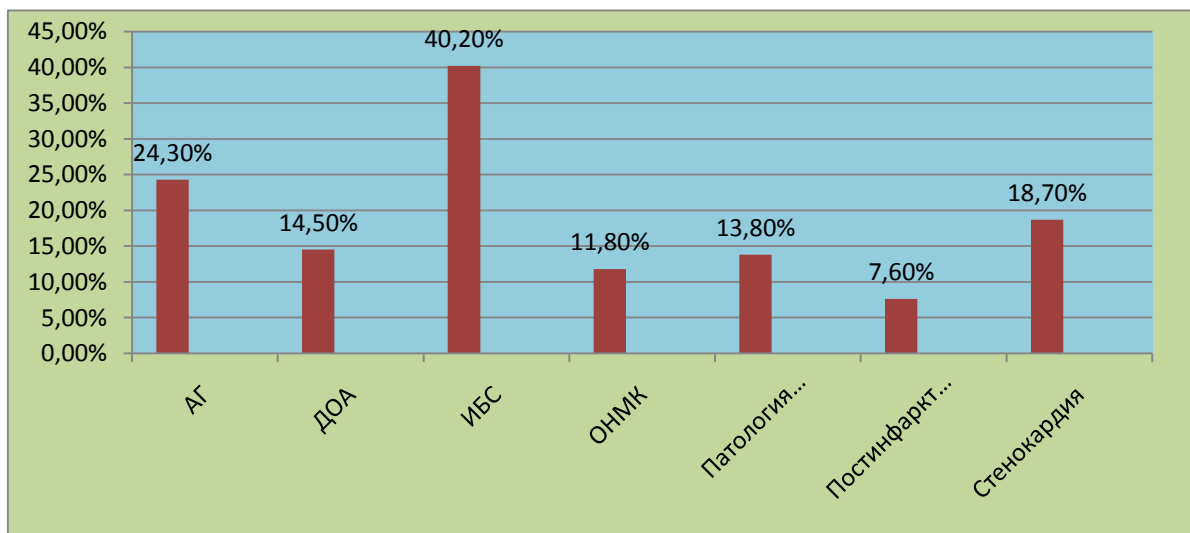


Рисунок 2. Структура заболеваний у обследованных лиц.

Следует отметить, что при анализе вопросов, составляющих опросник, большинство баллов были набраны по таким вопросам, как возможность самообслуживания, перемещения внутри своего помещения, возможность делать простейшую работу по дому. На такие вопросы как, можете ли Вы пробежать короткое расстояние, положительно ответили лишь 10% опрошенных, можете ли Вы выполнять работу на дачном участке - 12%, участвуете ли Вы в легких спортивных играх, находясь на отдыхе (теннис, футбол, волейбол, танцы) - 4%, а на вопрос. Участвуете ли Вы в спортивных мероприятиях, требующих значительных усилий, а также можете ли Вы выполнять тяжелую работу по дому, практически все пациенты ответили отрицательно. Анализ этих данных после проведения реабилитационных мероприятий через месяц показал повышение индекса активности на 18%, что указывает на улучшение качества жизни данных пациентов.

Таким образом, анализ структуры заболеваемости геронтологических больных восстановительного отделения г. Семей показал значительное преобладание патологии сердечно-сосудистой системы, представленное главным образом ИБС. При обследовании больных с патологией органов кровообращения, проживавших в зоне выпадения радиоактивных осадков, выявлено значительное снижение физической активности пациентов, отражающих один из аспектов качества жизни и улучшение этих показателей в результате лечения.

Литература:

1. Агеев Ф.Т., Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения // МРЖ. – 2000, №15-16. – С. 622-626.
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Р.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемио-

логического исследования больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) ЭПОХА-О-ХСН // Сердечная недостаточность. – 2003, №3. - С. 116-120.

3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.

4. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Оганов Р.Г. и др. Значение факторов риска в распространенности ишемической болезни сердца у мужчин, проживающих в различных климатографических зонах России, стран

СНГ, Прибалтийских государств // Кардиология. – 1989, №3. – С. 48-58.

5. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. - 2002, № 5, - С. 92-95.

6. Гендлин Г.Е., Самсонова Е.В., Бухало О.В., Сторожаков Г.И. Методики исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения. Кафедра госпитальной терапии № 2 (зав. - член-корр. РАМН, проф. Г.И. Сторожаков) РГМУ, Москва.

Тұжырым

РАДИАЦИЯЛЫҚ ЗАРДАП ШЕККЕН ЖӘНЕ ЖҮРЕК- ҚАН ТАМЫРЛАР ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫМЕН СЫРҚАТТАНАТЫН ГЕРОНТОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫҢ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ

Р.М. Жумамбаева, Д.Х. Даутов, Д.К. Кожакметова, И.А. Избасарова, Л.Б. Дюсенова, Г.Т. Токабаева
Семей мемлекеттік медицина университеті

Мақалада радиациялық ластанған аймақтарда тұрғылықты мекендейтін геронтологиялық науқастарда аурушандық құрылымы көрсетіліп, DASI сауалнамасы бойынша өмір сүру сапасы бағаланған және осы науқастардағы реабилитациялық шаралар нәтижелігі келтірілген.

Негізгі сөздер: сауықтыру, геронтология, қанайналым жүйесі патологиясы, радиациялық фактор.

Summary

REHABILITATION THE ELDERLY & SENILE AGE PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY, WHICH WERE UNDERGONE OF INFLUENCE OF RADIOACTIVE FACTOR

R.M. Zhumambayeva, G.K. Rakhimbekova, D.Kh. Dautov, D.K. Kozhakhmetova, L.B. Dyussenova, G.T. Tokabayeva
State medical university of Semey city

Data of morbidity structure of elderly & senile age patients, which were living in radioactive pollution zone, estimation of patient's life quality according to inquest DASI & results of rehabilitative measures were described to article.

Key words: rehabilitation, gerontology, cardiovascular pathology, radioactive factor.

УДК 616.6-053.2 (083.97)

К.К. Джаксалыкова, Г.Т. Камашева, Ш.В. Назыров, К.Д. Абаева, А.П. Бурбаева

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра интернатуры по педиатрии.

ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ СКРИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

Аннотация

У всех обследуемых проводилась оценка анамнестических данных на основании расспроса и заполненной скрининговой анкеты, объективное целенаправленное обследование органов мочевыделительной системы. При наличии факторов риска патологии мочевыделительной системы таким детям заполнялась анкета, содержащая детализированный опросник в плане нефрологической патологии.

Ключевые слова: заболевания мочевой системы у детей, скрининг, радиация.

Согласно современным представлениям, основными последствиями воздействия радиации на организм человека является дисфункция иммунной системы и повреждение хромосомного аппарата, с последующим нарушением процессов клеточного деления. Наиболее частым проявлением этого является иммунодефицитные состояния и врожденные аномалии развития, что определяет особое фоновое состояние организма человека и, конечно же, откладывает отпечаток на естественное течение любого патологического процесса, так как изначально страдают такие свойства организма, как реактивность и резистентность.

Патология органов мочевой системы не является исключением, ибо имея сложный эмбриогенез, весьма чувствительны к действию внешних неблагоприятных факторов. Этот факт находит отражение в том, что 10-14% детей рождаются с различными аномалиями моче-

вой системы и этот показатель имеет тенденцию к увеличению. Наличие анатомических аномалий мочевой системы, а также снижение реактивности и резистентности детского организма, создают условия для развития микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические и иммунологические особенности детей с микробно-воспалительными заболеваниями мочевой системы, проживающих в Семейском регионе.

Научная новизна. Изучение частоты встречаемости и клинико-иммунологических особенностей течения микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы у детей Семейского региона.

Для достижения планируемых целей исследования необходимо проведение скринингового обследования детского населения Семейского региона, подвергшегося

радиационному заражению, вследствие деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона (СИЯП).

У всех обследуемых проводилась оценка анамнестических данных на основании расспроса и заполненной скрининговой анкеты, объективное целенаправленное обследование органов мочевыделительной системы. При наличии факторов риска патологии мочевыделительной системы таким детям заполнялась анкета, содержащая детализированный опросник в плане нефрологической патологии.

Следующим этапом исследования является целенаправленное и углубленное обследование детей с различными нефропатиями, выявленных при скрининговом обследовании, которое, прежде всего, включает изучение клеточного и гуморального иммунитета, состояния ренальных функций.

На основании полученных результатов исследования необходимо:

- разработать алгоритм диагностики патологии мочевой системы у детского населения Семейского региона;
- разработать реабилитационные мероприятия для лиц с выявленной патологией мочевой системы;
- выделить группы риска для диспансерного наблюдения

Литература:

1. Шилов Е.М. Нефрология. Москва. - 2007. – С. 25-40.
2. Шилов Е.М. Нефрология. Москва. - 2007. – С. 399-416.
3. Лукьянов А.В. Опыт организации диспансерного наблюдения детей с инфекциями мочевой системы // Бюллетень сибирской медицины. – 2005, №3 – С. 75-80.
4. Биологические и эпидемиологические эффекты облучения в малых дозах и с низкой мощностью дозы. Материалы симпозиума. Версаль, Франция, 17-18 июня 1999. - М., - 2003. - 458с.
5. Булдаков Л.А., Калистратова В.С. Позитивные эффекты облучения животных и человека в малых дозах ионизирующего излучения // Мед.радиол. и радиац. безопасность. - 2005, - №3. - С. 61-71.
6. Коровина Н.А., Захарова И.Н. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей (пособие для врачей) // Нефрология и диализ. - 2003. - Т5, №2. – С. 21-23
7. Рациональные методы и алгоритмы диагностики заболеваний почек у детей // Педиатрическая фармакология. – 2009. - №4. – С. 48-83
8. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease. Am. J. Kidney Dis. (2002): 39 : S1-S266

Тұжырым

СЕМЕЙ АЙМАҒЫНДА БАЛАЛАРДЫ ЗӘР ШЫҒАРУ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНА СКРИНИНГТІ ТЕКСЕРУ БАҒДАРЛАМАСЫН ЕНГІЗУ

К.К. Джаксалькова, Г.Т. Камашева, Ш.В. Назыров, К.Д. Абаева, А.П. Бурбаева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.

Барлық тексерілген балаларда сұрастыру және скринингтік сауалнама толтыру негізінде анамнездік берілгендерді бағалау және зәр шығару жүйесінің объективті бағытталған тексеру жүргізілді. Зәр шығару жүйесінің патологиясы даму қаупі бар балаларға нефрологиялық патология негізінде құрастырылған сауалнамалар толтырылды.

Негізгі сөздер: балалардағы зәр шығару жүйесінің аурулары, скрининг, радиация.

Summary

IMPLEMENTATION THE PROGRAM OF SCREENING SURVEY OF THE URINARY-EXCRETORY TRACT DISEASES IN CHILDREN IN SEMEY REGION

K.K. Dzhaksalykova, G.T. Kamasheva, Sh.V. Nazyrova, K.D. Abayeva, A.P. Burbayeva

Semey State medical university

On the basis of anamnestic data and on questionnaire and filled screening survey there were examined all subjects for the examination of urinary tract diseases. At presence risk factors of urinary-excretory system pathology for such children there were filled application which contain detailed questionnaire in nephrologic pathology.

Key words: diseases of the urinary system in children, screening, radiation.

УДК 614.876-053.2-071

К.К. Джаксалькова, Г.Т. Камашева, Ш.В. Назыров, К.Д. Абаева, А.П. Бурбаева

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра интернатуры по педиатрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РАЙОНАХ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К ТЕРРИТОРИИ БЫВШЕГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА

Аннотация

Органы мочевой системы, имея сложный эмбриогенез, весьма чувствительны к действию внешних неблагоприятных факторов. Этот факт находит отражение в том, что 10-14% детей рождаются с различными аномалиями мочевой системы и этот показатель имеет тенденцию к увеличению. Для исследований частоты встречаемости микробно-воспалительных заболеваний и аномалий развития органов мочевой системы было обследовано детское население районов, прилегающих к территории бывшего ядерного полигона.

Ключевые слова: заболевания мочевой системы у детей, скрининг, радиация.

Население Семипалатинского региона, длительно подвергавшееся радиоактивному воздействию, вследствие деятельности Семипалатинского испытательного полигона, представляет собой уникальную популяцию, на которой можно проследить эффекты длительного воздействия больших и малых доз радиации. Органы мочевой системы, имея сложный эмбриогенез, весьма чувствительны к действию внешних неблагоприятных факторов. Этот факт находит отражение в том, что 10-14% детей рождаются с различными аномалиями мочевой системы и этот показатель имеет тенденцию к увеличению. Наличие анатомических аномалий мочевой системы, а также снижение реактивности и резистентности детского организма, создают условия для развития микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы. Микробно-воспалительные заболевания мочевой системы занимают лидирующее место в структуре нефропатий у детей. Инфекции мочевой системы в последние годы составляют 77-89% всех случаев госпитализации детей по поводу нефрологической патологии. Наличие фонового иммунодефицита вносит определенные особенности в клиническом течении инфекции мочевой системы, прежде всего, в виде маломанифестного, латентного течения, со склонностью к хронизации и рецидивированию. Учитывая вышеизложенное, вопрос о раннем выявлении, формировании групп риска по реализации инфекции мочевой системы среди таких детей, является актуальным.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические и иммунологические особенности детей с микробно-воспалительными заболеваниями мочевой системы, проживающих в Семейском регионе.

Научная новизна. Изучение частоты встречаемости и клинико-иммунологических особенностей течения микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы у детей Семейского региона.

Материалы и методы исследования. Для исследований частоты встречаемости микробно-воспалительных заболеваний и аномалий развития органов мочевой системы было обследовано детское население районов, прилегающих к территории бывшего ядерного полигона: Бескарагайского, Бородулихинского. Эти районы по данным НИИ Радиационной медицины и экологии, ранее были отнесены к зоне чрезвычайного радиационного риска, где суммарно эквивалентная доза облучения составила 100,0 – 447,0 сЗв. При обследовании населения районов, подвергшихся радиационному облучению, была выделена когортная группа. Это лица, родившиеся в период с 1930 по 1950 года, их возраст составлял 0-20 лет во время проведения наземных ядерных испытаний и их потомки.

Обследование населения проводилось путем экспедиционных выездов в мае – сентябре 2012 года. Всего было обследовано детей 411, из них 213 мальчиков и 198 девочек; На каждого ребенка заполнялась скрининговая анкета. Структура обследованных больных по районам и полу представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Структура обследованных больных по районам и полу.

Район	Обследовано			Выявлено		
	Всего	м	ж	Всего	м	ж
Бескарагайский	237	124	113	25	9	16
Глуховка	136	73	53	19	7	12
Мостик	32	15	17	3	1	2
Долонь	79	36	43	3	1	2
Бородулихинский	174	89	85	18	5	13
Новопокровка	174	89	85	18	5	13
Всего	411	213	198	43	14	29

У всех обследуемых проводилась оценка анамнестических данных на основании расспроса и заполненной скрининговой анкеты, объективное целенаправленное обследование органов мочевыделительной системы. При наличии факторов риска патологии мочевыделительной системы таким детям заполнялась ан-

кета, содержащая детализированный опросник в плане нефрологической патологии. Учитывая данные объективного осмотра и оценки анамнестических данных, с целью оценки анатомического строения мочевой системы проводилось ультразвуковое обследование почек, мочевого пузыря.

Таблица 2.

Характеристика охвата методами исследования.

Метод исследования	Мальчики		Девочки		Средний возраст	Всего
	абс.	%	абс.	%		
Объективный осмотр	213	100	198	100	11,7	411
УЗИ почек	14	6,57	29	14,6	12,3	43

Результаты исследования и их обсуждение. Основной целью нашего исследования было выявление микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы среди детского населения. Для детального дообследования, учитывая наличие факторов риска реали-

зации нефропатий, полученных при анализе анкетирования и объективного осмотра, 43 детям проводилось УЗИ почек и мочевого пузыря. Распределение выявленных больных по сонографическим изменениям, возрасту и полу представлены в таблицах 3,4,5,6.

Таблица 3.

Бескарагайский район – с. Глуховка.

Данные УЗИ	мальчики	девочки	средний возраст
Дисметаболическая нефропатия	5	10	15,6
Деформация ЧЛС	2	3	15,5
Нефроптоз	2	3	12,5

Таблица 4.

Бескарагайский район – с. Долонь.

Данные УЗИ	мальчики	девочки	средний возраст
Дисметаболическая нефропатия	1	1	10,5
Деформация ЧЛС	-	2	7,5

Таблица 5.

Бескарагайский район – с. Мостик.

Данные УЗИ	мальчики	девочки	средний возраст
Деформация ЧЛС	1	1	8,5
Нефроптоз	-	1	12

При обследовании детского населения Бескарагайского района показано наличие предрасполагающих факторов по реализации микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы среди детей школьного возраста составило 10,5 % (из 237 обследованных детей выявлено 25). Среди предрасполагающих факторов наибольшее значение имеет дисметаболическая нефропатия, которая встречается чаще у девочек старшего школьного возраста, наличие косвенных признаков

перенесенного ранее пиелонефрита в виде деформации ЧЛК встречается с одинаковой частотой у мальчиков и девочек. При анализе данных анамнеза и скрининговых анкет выявлено наличие следующих факторов риска: отягощенный семейный анамнез в плане пиелонефрита, наличие пиелонефрита у матери во время беременности, частые простудные заболевания. У обследованных детей отмечается наличие очагов хронической инфекции в виде кариеса (выявлен у 16 детей), тонзиллита (выявлен у 12 детей).

Таблица 6.

Бородулихинский район – с. Новопокровка.

Данные УЗИ	мальчики	девочки	средний возраст
Деформация ЧЛС	1	5	12,8
Дисметаболическая нефропатия	1	5	10,5
Мочекаменная болезнь	2	4	14,6
Солитарная киста	-	1	15
Гидрокаликоз	1	3	11,7

При обследовании детского населения Бородулихинского района показано наличие предрасполагающих факторов по реализации микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы среди детей школьного возраста составило 10,3% (из 174 обследованных детей выявлено 18). Среди предрасполагающих факторов наибольшее значение также имеет дисметаболическая нефропатия, которая встречается чаще у девочек старшего школьного возраста и связанная с ней мочекаменная болезнь, которая также чаще отмечается у девочек, наличие косвенных признаков перенесенного ранее пиелонефрита в виде деформации ЧЛК. При анализе данных анамнеза и скрининговых анкет выявлено наличие следующих факторов риска: отягощенный семейный анамнез в плане пиелонефрита, наличие пиелонефрита у матери во время беременности, частые простудные заболевания. Кроме этого следует отметить, что у обследованных детей имеется наличие хронических очагов инфекции в виде кариеса (из 18 обследованных кариес выявлен у 10 детей), хронического тонзиллита (выявлен у 9 детей).

Среди детей школьного возраста обследованных районов в 10,4% случаев наблюдались изменения со стороны мочевой системы. Следует отметить, что выявленные изменения у всех детей были выявлены впервые. Клиническое течение нефропатий носит маломанифестный, скрытый характер. Среди выявленных факторов риска по реализации микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы лидирующее значение приобретают метаболические нарушения (дисметаболическая нефропатия и мочекаменная болезнь), что позволяет предположить наличие

нестабильности мембран, несовершенство антиоксидантной системы организма, что является одним из возможных последствий радиационного влияния на макроорганизм. Наличие аномалий мочевой системы, по данным скринингового исследования, не является ведущим фактором риска по реализации ИМС у обследованных детей.

На втором этапе исследования планируется детальное обследование выявленных детей с патологией мочевой системы, которое включает исследование иммунного статуса, определение функционального состояния почек, бактериологическое исследование мочи, определение бета-2-микроглобулина, как основного показателя функционального состояния тубулярного аппарата и маркера неблагоприятного воздействия экополлютантов.

Литература:

1. Возианов А.Ф. Основы нефрологии детского возраста. – Киев. - 2002. – С. 5-91.
2. Шилов Е.М. Нефрология. – Москва. - 2007. – С. 25-40.
3. Лукьянов А.В. Опыт организации диспансерного наблюдения детей с инфекциями мочевой системы // Бюллетень сибирской медицины. - 2005. - №3. – С. 75-80.
4. Биологические и эпидемиологические эффекты облучения в малых дозах и с низкой мощностью дозы. Материалы симпозиума. Версаль, Франция, 17-18 июня 1999г. - М., - 2003. - 458с.
5. Булдаков Л.А., Калистратова В.С. Позитивные эффекты облучения животных и человека в малых дозах ионизирующего излучения // Мед.радиол. и радиац. безопасность. - 2005, - 50, №3. - с. 61-71.

6. Коровина Н.А., Захарова И.Н. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей (пособие для врачей) // Нефрология и диализ. – 2003, - Т5, №2. - С. 21-23.

7. Рациональные методы и алгоритмы диагностики заболеваний почек у детей // Педиатрическая фармакология. - 2009. - №4 – С. 48-83.

8. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease. Am. J. Kidney Dis. (2002): 39: S1-S266

9. Игнатова М.С. Патология органов мочевой системы у детей (современные аспекты) // Нефрология и диализ. – 2004. - Т6, №2. – С. 46-49.

10. Игнатова М.С., Шатохина О.В. Клинико-генетические аспекты диагностики нефропатий у детей // Нефрология и диализ -2003. - Т5, №1. – С. 51-53.

11. Warren S. The pathological effects of small doses of radiation // Bulletin of the New York academy of medicine, 1958. - №10. – Vol. 34.

12. Lawrence R. Freedman The epidemiology of urinary tract infections in Hiroshima // Yale journal of biology and medicine. - 1965. - Vol 37.

Тұжырым

БҰРЫНҒЫ ЯДРОЛЫҚ ПОЛИГОН ТЕРРИТОРИЯСЫНА ЖАҚЫН ОРНАЛАСҚАН АУДАНДАРДАҒЫ БАЛАЛАРДЫ СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕЛЕР

К.К. Джаксалыкова, Г.Т. Камашева, Ш.В. Назыров, К.Д. Абаева, А.П. Бурбаева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.

Зәр шығару жүйесі ағзаларының эмбриогенезі күрделі бола тұрып, сыртқы ортаның қолайсыз әсеріне аса сезімтал. Бұнын дәлелі ретінде 10-14% балалар зәр шығару жүйесінің әртүрлі аномалияларымен тууы және осы көрсеткіштің жоғарлауға бейімділігі болып табылады.

Зәр шығару жүйесі ағзаларының микробты-қабынулық аурулары мен даму ақауларының кездесу жиілігін зерттеу мақсатында, бұрынғы ядролық полигон территориясына жақын орналасқан аудандарда балалар тексерілді.

Негізгі сөздер: балалардағы зәр шығару жүйесінің аурулары, скрининг, радиация.

Summary

RESULTS OF SCREENING OF A CHILD POPULATION IN THE AREA ADJACENT TO THE TERRITORY OF THE EX-NUCLEAR TEST SITE

K.K. Dzhaksalykova, G.T. Kamasheva, Sh.V. Nazzyrov, K.D. Abayeva, A.P. Burbayeva

Semey State medical university

Urinary system organs which have compound embryogenesis are very sensitive to influences to the external unfavorable factors. These fact is in that, approximately 10-14% of children born with different urinary system anomalies, and this index have a tendency to rise. There was examined child population in the area adjacent to the territory of the ex-nuclear test site for researches the incidence of microbial and inflammatory diseases and malformations of the urinary system development.

Key words: diseases of the urinary system in children, radiation.

УДК 613.2 - 614

Г. Турдунова, М. Рапикова, С. Тлегенова, К. Турдунов, С. Смагулов

**Государственный медицинский университет города Семей,
Департамент комитета госсанэпид надзора МЗ РК по ВКО,
Государственное учреждение Управление госсанэпид надзора по г.Семей,
Управление госсанэпид надзора г.Курчатов**

К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩЕМУ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ АСПЕКТУ

Аннотация

Безопасность продуктов питания является частью общегосударственной политики в сфере сохранения и гармоничного развития нации. К уполномоченным органам в области обеспечения безопасности продуктов питания являются органы государственной санитарно-эпидемиологической службы РК. Главная ответственность за качество и безопасность продуктов питания лежит на производителях, переработчиках и реализаторах пищевой продукции.

Ключевые слова: пищевые продукты, безопасность, здоровье, контроль.

Безопасность продуктов питания является частью общегосударственной политики в сфере сохранения и гармоничного развития нации. В монографии «Питание – важнейший фактор здоровья» Т. Шарманова говорится о том, что здоровое питание и безопасность пищевых продуктов относятся к основным факторам,

определяющим уровень общественного здоровья, качество жизни, долголетие, трудовую и социальную активность [1]. Заболевания пищевого происхождения (далее ЗПП) - основная проблема общественного здравоохранения, о чем свидетельствует статистика. Так, в мире регистрируется 4 млрд. случаев диареи ежегодно, 2,2

млн. детей < 5 лет умирает ежегодно от диареи (ВОЗ). По данным Центра по контролю заболеваний США (CDC) при численности населения 300 млн. людей в США в год регистрируется 76 млн. случаев ЗПП, 350,000 госпитализаций, 5000 смертельных исходов. В Казахстане с 16.2 млн. населения – экстраполяция – более 3 млн случаев ЗПП в год, более 500 смертельных исходов [2].

В Законе РК «О безопасности пищевой продукции» от 21 июля 2007 года № 301-III ЗРК», безопасность пищевой продукции определена как, отсутствие недопустимого риска во всех процессах разработки, производства, оборота, утилизации и уничтожения пищевой продукции, связанного с причинением вреда жизни и здоровью человека и нарушением законных интересов потребителей с учетом сочетания вероятности реализации опасного фактора и степени тяжести его последствий. Уполномоченные органы в области безопасности пищевой продукции — государственные органы, осуществляющие в пределах своей компетенции реализацию государственной политики и контроль в области безопасности пищевой продукции [3]. Задача контролирующих органов заключается в разработке стандартов безопасности пищевых продуктов и в обеспечении непосредственного контроля соблюдения этих стандартов производителями, обработчиками и реализаторами пищевых продуктов.

Санитарно - эпидемиологическая служба Восточно-казахстанской области выполняет одну из главных приоритетных направлений при осуществлении Госсанэпиднадзора за производством и реализацией продуктов питания – недопущение групповой инфекционной заболеваемости и случаев массовых пищевых отравлений, связанных с употреблением недоброкачественных пищевых продуктов.

На территории ВКО 2012 г на контроле органов госсанэпиднадзора находилось 6641 объектов по производству и реализации пищевой продукции (2010 - 7447, 2011г – 7281). Самостоятельное приостановление деятельности хозяйствующими субъектами и как следствие уменьшение количества объектов за последние три года, было связано с отсутствием рынка сбыта, финансовых средств, не востребованностью вырабатываемой продукции, закрытия решением суда и др. причинами.

Анализ годовых отчетов ДКГСЭН МЗ РК по ВКО показал, что в 2008 г снято с реализации 3412, 2009 - 58178, 2010 - 197526, 2011 – 6669, 2012 - 5739 кг опасных для здоровья пищевых продуктов. За последние годы, хотя и незначительно снижаются, но остаются стабильными показатели, характеризующие микробиологическую безопасность пищевых продуктов. Так, удельный вес проб, не отвечающих нормативным требованиям в 2008 г составил 5,7 %, 2009 г–5,4%, 2010 г– 5,3%, 2011 г – 4,7 %, 2012 - 4,4% исследованных проб.

Причиной браковки продукции явилось нарушение условий и сроков хранения, отсутствие документов, подтверждающих качество и безопасность, в ряде случаев нарушение технологических регламентов, не соблюдение режима мытья и дезинфекции на предприятиях. По фактам выпуска продукции негарантированного качества, а также выявленных нарушений на объектах надзора своевременно приняты меры административного воздействия.

Во исполнение Постановления Правительства РК от 15.02.08г № 140 «Об утверждении Правил утилизации и уничтожения пищевой продукции, представляющей

опасность жизни и здоровью человека и животных, окружающей среде» в 2008 году в Управлениях ДКГСЭН МЗ РК по ВКО по городам и районам были созданы комиссии по утилизации и уничтожению опасной пищевой продукции. В состав комиссий вошли специалисты отдела санитарно-гигиенического надзора за пищевыми объектами, ветеринарные инспектора территориальных инспекций Комитета государственной инспекции АПК МСХ РК, профсоюза работников малого и среднего бизнеса ВКО, специалисты отделов государственного экологического контроля Иртышского Департамента экологии по ВКО [4].

В ходе планового надзора за предприятиями пищевой и мини - перерабатывающей промышленности проводится так же контроль выполнения программ производственного контроля. Проблема производственного лабораторного контроля остается актуальной для всех регионов. Из всех предприятий, занятых производством продуктов питания в области 13 (1,8%) имеют ведомственные производственные лаборатории, аттестованные в установленном законодательством порядке. На остальных предприятиях контроль качества производимой продукции осуществляется согласно договорам с аттестованными лабораториями.

Учитывая, особую эпидемиологическую значимость молока и молочных продуктов уделяется особое внимание контролю за молокоперерабатывающими предприятиями. На сегодняшний день, все молокоперерабатывающие предприятия имеют аттестованные химические лаборатории, на всех предприятиях составлены программы производственного контроля, что уже является определенным позитивным сдвигом в усилении контроля за безопасностью выпускаемой продукции.

Однако на сегодняшний день остается проблема отсутствия нормативной документации, согласно которой разрабатываются программы производственного контроля и их кратность.

В плане освоения новых методик лабораторного контроля продукции необходимо отметить, что на базе Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (ЦСЭЭ) ВКО установлено оборудование для исследования пищевых продуктов на содержание ГМИ. Наиболее эффективным методом для тестирования продуктов питания, на наличие генетически модифицированных ингредиентов является ПЦР – анализ, позволяющий выявлять рекомбинантные ДНК. Этот метод позволяет определить процентное содержание генетической модифицированной ДНК в анализируемом образце, для решения вопроса о маркировке продукта. Введение порогового уровня содержания ГМИ связано с необходимостью этикетировать пищевые продукты, это не связано с вопросом их безопасности, а преследует цель информирования населения об использовании технологии получения пищевых продуктов [4].

До настоящего времени в РК не утвержден механизм контроля генетически - модифицированной продукции, т.е. не существует определенных нормативов, согласно которым можно было бы нормировать содержание ГМО в пищевых продуктах и принимать соответствующие меры при выявлении в продукции их превышения. Кроме того, отсутствие НД не позволяет включить данный показатель в план мониторинга безопасности пищевых продуктов.

За последний год значительно активизировалась работа в рамках Таможенного союза (ТС). Перед органами госсанэпиднадзора была поставлена задача по созданию единой системы контроля на внешних грани-

цах и на территории ТС по обеспечению безопасности товаров подлежащих санитарно-эпидемиологическому надзору. В целях информирования участников внешне-экономической деятельности (ВЭД) по возникающим вопросам в 2011 году проведено 3 семинара с участниками ВЭД, 1 обучающий семинар с работниками Таможенных постов ВКО. Проводятся консультации по возникающим вопросам участников ВЭД. Лаборатория РГКП «ВКО Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» аккредитована и имеет возможность проводить исследования на Единые показатели безопасности. Разработаны 47 первоочередных технических регламентов ТС, из них более 30 уже приняты и действуют на территории ТС. Был принят единый знак обращения продукции ЕАС на рынке государств – членов ТС, наличие которого свидетельствует о том, что продукция соответствует требованиям всех распространяющихся на данную продукцию технических регламентов ТС. Важнейшей задачей в рамках действия ТС является формирование совместных механизмов, которые, не создавая излишних барьеров, будут способствовать обеспечению санитарного контроля на внешнем контуре ТС.

Говоря о безопасности пищевой продукции необходимо отметить, что главная ответственность лежит на тех, кто производит, перерабатывает, реализует пищевые продукты. В данном контексте очень важным является разработка и внедрение системы НАССР (анализ опасных факторов и критические точки контроля) на пищевых предприятиях. НАССР по сути - это

система управления или менеджмента безопасности пищевых продуктов, которая сводит воедино и систематизирует принципы добросовестного производства продуктов питания.

Т.о., в обеспечении безопасности пищевых продуктов важен контроль и надзор, как со стороны государственных органов, так и производственный контроль на предприятиях, а главным составляющим успеха является - соблюдение принципа ответственности и добросовестности при производстве, переработке и реализации пищевой продукции.

Литература:

1. Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека. – Алматы: Асем - Систем, 2010г. - 400с.

2. Материалы Семинара «Консультационные услуги по управлению безопасностью пищевых продуктов в рамках вступления РК в ВТО» в рамках проекта «Передача технологий и институциональное реформирование в секторе здравоохранения Республики Казахстан». - Алматы, июнь. - 2012 г.

3. Закон РК «О безопасности пищевой продукции» от 21 июля 2007 года № 301-III ЗРК. "Казахстанская правда" от 31 июля 2007 года N 116 (25361) Ведомости Парламента РК, 2007 год, N 17 (2498), ст.133.

4. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Здоровое питание как основа здорового образа жизни» Алматы, 12-13 октября 2011 г.

Тұжырым

ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІ РЕТІНДЕГІ ТАҒАМ ӨНІМДЕРІНІҢ ҚАУІПСІЗДІГІ ТУРАЛЫ СҰРАҚҚА

Г. Тұрдунова, М. Рапикова, С. Тілегенова, К. Тұрдунов, С. Смагулов

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.,

ҚР ДСМ ШКО Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау комитетінің департаменты, Семей қ. Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасының мемлекеттік мекемесі, Куртатов қ. Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы

Тағам өнімдерінің қауіпсіздігі ұлтты сақтау және үлесімді дамыту саласындағы жалпы мемлекеттік саясатының бір бөлігі болып табылады. Тағам өнімдерінің қауіпсіздігін қамтамасыз ету саласында уәкілетті мүшелеріне ҚР Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің органдары жатады. Ал, тағамның сапасымен қауіпсіздігіне басты жауапкершілік тағам өндірушілерге, өңдеушілерге және таратушылар тартылады.

Негізгі сөздер: тағам өнімдері, қауіпсіздік, денсаулық, бақылау.

Summary

TO A QUESTION OF SAFETY OF FOODSTUFF AS TO FUNDAMENTAL ASPECT FOR HEALTH

G. Turdunova, M. Rapikova, S. Tlegenova, K. Turdunov, S. Smagulov

Semey State medical university,

Department of state sanitary epid control of RK MH on EKR,

State Institution of state sanitary epid control on Semey,

Institution of state sanitary epid control on Kurchatov

Safety of food is part of nation-wide policy in the sphere of preservation and harmonious development of the nation. Representative department in the sphere of safety of products is departments of the public sanitary and epidemiologic service of the Republic of Kazakhstan. The main responsibility for quality and safety of food lies on producers, processors and off-takers of food products.

Key words: food, safety, health, control.

УДК 616.24-002-053.2-084

Т.И. Терехова, К.А. Мукаметжанова, А.Л. Алимбекова, А.П. Бурбаева, О.А. Макарова,
Е.В. Цыпкунцова, И.Ю. Бургушева, Г.М. Гурьянова, Е.А. Гоосен

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра интернатуры по общей врачебной практике

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Аннотация

В статье приводятся данные мониторинга результатов вакцинации детей против пневмококковой инфекции детей г.Семей и Восточно-Казахстанской области Республики Казахстан, где вакцинация против пневмококковой инфекции введена в национальный календарь прививок. Как показывает мировая практика, вакцинация против пневмококковой инфекции снижает летальность от вызванных пневмококковой инфекцией таких заболеваний, как пневмония, менингит, отит. Проведена оценка эффективности вакцинации против пневмококковой инфекции. Снизилась заболеваемость в группе детей, получивших полный курс вакцинации, по сравнению с детьми, не привитыми против пневмококковой инфекции, у которых отмечалось снижение заболеваемости пневмонией, острыми средними отитами и бактериальными менингитами.

Ключевые слова: вакцинация, пневмококковая инфекция, дети, мониторинг, пневмония, менингит, отит.

Актуальность

Здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в республике [5].

Борьба с инфекционными болезнями является одним из основных задач практического здравоохранения. Профилактические прививки, проводимые во всех странах мира, избавили человечество от таких страшных инфекций, от которых в результате эпидемий чумы, черной оспы, которые охватывали страны и целые континенты, население вымирало почти полностью, выздоравливали единицы. В настоящее время, благодаря вакцинации, эти заболевания практически не встречаются.

По данным ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), более 12 миллионов детей умирают ежегодно в возрасте до пяти лет, 2 миллиона из этих смертей вызваны болезнями, которые могут быть предотвращены с помощью иммунопрофилактики. Появляется новое поколение вакцин, которые ежегодно спасают миллионы детских жизней.

Весь мировой опыт показывает, что вакцинопрофилактика – наиболее эффективный метод борьбы с инфекционной патологией. Если сравнить расходы на лечение со стоимостью вакцин, то вакцины являются экономически более выгодными. Вакцинация в Казахстане проводится бесплатно. На сегодняшний день альтернативы иммунизации нет.

Согласно Кодексу Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», разработаны и реализуются ряд отраслевых программ, в том числе о мерах по противодействию эпидемии СПИД в Республике Казахстан 2008 - 2016 годы [5].

Перечень заболеваний и группы населения, против которых проводятся профилактические прививки,

утверждаются правительством Республики Казахстан. Так, Министерство Здравоохранения Республики Казахстан, согласно Плану мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы внедряет в Национальный календарь профилактических прививок вакцинацию детей против пневмококковой инфекции.

По данным МЗ РК, вакцинация против пневмококковой инфекции внедрена в 50 развитых странах мира (США, Германия, Бельгия, Франция, Великобритания и др.). Вакцинация против пневмококковой инфекции введена согласно Постановлению Правительства Республики Казахстан за № 2295 [1].

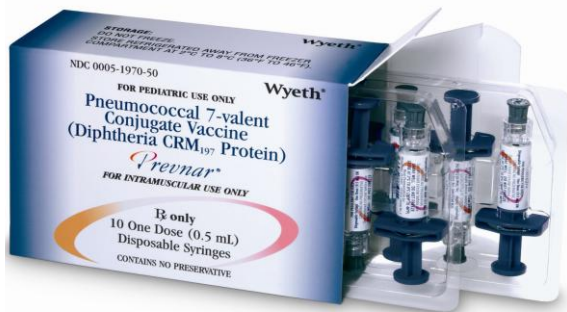
Из стран СНГ – Республика Казахстан является первой страной, а город Семей – одним из первых городов Восточно-Казахстанской области, где начата вакцинация против пневмококковой инфекции, которая введена в национальный календарь прививок, согласно Постановлению Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан №16, утверждены Методические указания по проведению профилактических прививок против пневмококковой инфекции в Восточно-Казахстанской и Мангистауской областях РК [2].

Профилактические прививки против пневмококковой инфекции проводятся за счет средств республиканского бюджета. Для этих двух регионов закуплена пневмококковая вакцина ПРЕВЕНАР – 13, гарантированного качества, сертифицированная ВОЗ, содержащая наиболее широкий спектр серотипов пневмококков.

Пневмококковая вакцина обеспечивает защиту от инвазивной пневмококковой инфекции (сепсиса, бактериемии, менингита, пневмонии и острого среднего отита), которые вызываются 13 серотипами *Streptococcus pneumoniae* у детей в возрасте от 6 недель до 5 лет. ПРЕВЕНАР – 13 представляет собой пневмококковую полисахаридную конъюгированную адсорбированную 13-валентную вакцину. Вакцина выпускается в виде готовой к использованию гомогенной суспензии в одноразовых шприцах из прозрачного бесцветного боросиликатного стекла, содержащий 1 дозу вакцины - 0,5 мл препарата.

В одной дозе содержатся капсулярные полисахариды 13 серотипов пневмококка: 7 общих: 4, 6 В, 9V, 14, 18С, 19F, 23F, и 6 дополнительных: - 1, 3, 5, 6А, 19А, 7F, индивидуально конъюгированных с дифтерийным бел-

ком носителем CRM - 197, который уже более 20 лет используется в конъюгированных вакцинах, одобренных для детей. Кроме этого, в состав вакцины входят также натрия хлорид, янтарная кислота, полисорбат - 80, вода для инъекций. В процессе хранения допускается образование белого мутного осадка, поэтому перед использованием шприцы встряхивают. Производство вакцины сертифицировано ВОЗ. Производитель - компания Вайет Фармасьютикалз, США, упаковано Вайет Фармасьютикалз, Великобритания. Жидкая вакцина используется только для внутримышечного введения. Хранится вакцина при температуре от + 2°C до + 8°C. Замораживать вакцину нельзя, так как происходит инактивация.



Профилактические прививки против пневмококковой инфекции проводятся в соответствии с Санитарными правилами «Санитарно-эпидемиологические требования по проведению профилактических прививок населению», утвержденными в Постановлении Правительства Республики Казахстан №8. от 09.01.2012 года [3].

Детям до 2 лет вакцину вводят только внутримышечно в переднебоковую поверхность бедра, детям старше 2 лет в дельтовидную мышцу плеча. Календарь прививок: первая вакцинация в 2 месяца, вторая в 4 месяца, третья в 12-15 месяцев жизни. Превенар - 13 можно вводить детям одновременно с другими вакцинами, включенными в Национальный календарь профилактических прививок (ОПВ, АКДС), а также с вакциной против *Neisseria meningitidis* тип b (Хиб) и гексавалентной вакциной «Инфанрикс», за исключением БЦЖ. Вакцины желателно вводить в разные участки тела.



Противопоказания к вакцинации против пневмококковой инфекции, утверждены в приказе Министра здравоохранения РК за №636. Они делятся, как и для других инфекций, на постоянные противопоказания и временные.

К общим постоянным противопоказаниям относятся: сильная реакция, развившаяся в течение 48 часов после предыдущего введения данной вакцины (повышение температуры тела до 40°C и выше, синдром длительного, необычного плача 3 и более часов, фебрильные или афебрильные судороги, гипотонический-гипореактивный синдром); осложнение на предыдущее

введение данной вакцины (анафилактический шок, развившийся в течение 24 часов после прививки, немедленные аллергические реакции, энцефалит или энцефалопатия, развившаяся в течение 7 дней после введения вакцины), повышенная чувствительность к вспомогательным веществам и/или дифтерийному анатоксину.

К временным противопоказаниям относятся острые инфекционные и неинфекционные заболевания средней и тяжелой степени тяжести вне зависимости от температуры - иммунизация разрешается через 2-4 недели после выздоровления; а также применение при различной патологии стероидов, а также других препаратов, обладающих иммуносупрессивными свойствами; острые заболевания центральной нервной системы (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит) - вакцинация откладывается на срок до одного года со дня выздоровления; при остром гломерулонефрите - вакцинация откладывается до 6 месяцев после выздоровления; при нефротическом синдроме - иммунизация откладывается до окончания лечения кортикостероидами; больные с прогрессирующими хроническими заболеваниями не подлежат вакцинации; больные с обострением хронических заболеваний прививаются в период ремиссии [4].

Цель работы - оценить охват вакцинацией против пневмококковой инфекции у детей, проанализировать данные мониторинга регистрации реакций и осложнений на вакцинацию.

Материал и методы исследования.

Анализ форм 112, 063, 064 в ЦПМСП (центры первичной медикосанитарной помощи), форм мониторинга заболеваемости пневмонией, средним отитом и бактериальными менингитами по городу Семей, по данным ВКО, данных анкетирования матерей детей, привитых против пневмококковой инфекции.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ мониторинга за реакциями и осложнениями после проведения профилактических прививок против пневмококковой инфекции свидетельствовал об отсутствии тяжелых реакций и осложнений на вакцинацию. Поствакцинальные осложнения - это тяжелые и/или стойкие нарушения состояния здоровья, возникающие в определенные сроки после прививки, этиологически и/или патогенетически связаны с вакцинацией и не свойственны типичным клиническим проявлениям нормальной вакцинальной реакции [4].

Проведена оценка эффективности вакцинации против пневмококковой инфекции по г.Семей и ВКО. Сравнивалась заболеваемость пневмониями, отитами, менингитами до начала вакцинации и при 85% охвате вакцинацией против пневмококковой инфекции.

Данные мониторинга заболеваемости по городу Семей, при сравнении случаев заболеваний пневмониями, отитами, менингитами, среди не привитых в 2009-2010 и привитых детей в 2011-2012 году приведены на рисунке 1. Как видно из рисунка 1, снизилась заболеваемость в группе детей, получивших полный курс вакцинации, по сравнению с детьми, не полностью вакцинированными. Так, при 85% охвате вакцинацией, заболеваемость пневмонией по городу Семей составила 42 случая за 2009-2010 годы, за 2010-2011 годы было зарегистрировано 33 случая, процент снижения составил 12,0%, заболеваемость острыми средними отитами и бактериальными менингитами снизилась соответственно на 18,3% и 3,1% (рисунок 1).

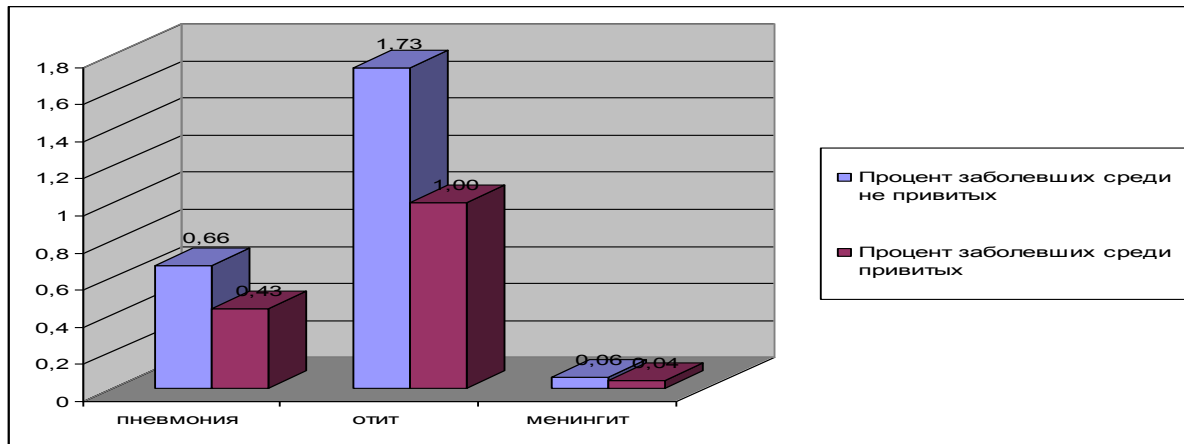


Рисунок 1. Сравнительная характеристика заболеваний в группах вакцинированных и невакцинированных детей против пневмококковой инфекции по городу Семей

Аналогичные данные получены при сравнении заболеваемости по данным ВКО. Как видно из рисунка 2, при 85% охвате вакцинацией, снизилась заболеваемость пневмонией с 345 случаев за 2009-2010 годы до

314 за 2010-2011 годы, что составило 2,99%, заболеваемость острыми средними отитами и бактериальными менингитами по ВКО соответственно снизилась на 21,13% и 33,3% (рисунок 2).

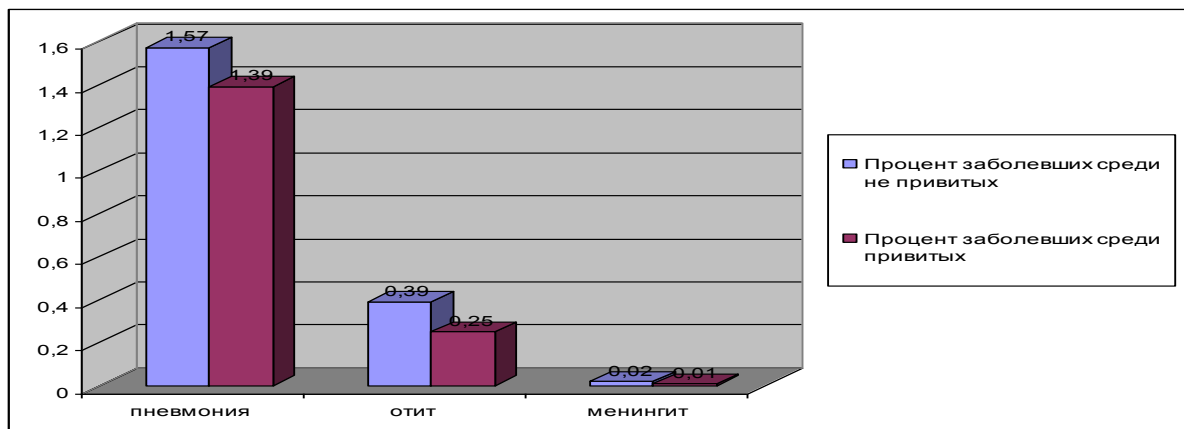


Рисунок 2. Сравнительная характеристика заболеваний в группах вакцинированных и невакцинированных детей против пневмококковой инфекции по ВКО

Анализ мониторинга общих заболеваний с летальным исходом по городу Семей показал снижение числа умерших со 111 случаев в 2009-2010 году до 91 в 2010-2011 году, случаев заболевания менингитом с летальным исходом по городу Семей не зарегистрировано вообще. По ВКО зарегистрировано 2 случая заболевания менингитом с летальным исходом в 2009-2010 годах, в 2010-2011 годы случаев заболевания менингитом с летальным исходом не было зарегистрировано вообще, что, возможно, связано с введением вакцинации против пневмококковой инфекции. Проанализировать данные смертности от пневмоний и менингитов на данный момент затруднительно в связи с малым числом наблюдений и невозможности на данном этапе проведения верификации возбудителя болезни

Таким образом, при охвате не менее 95% детей вакцинацией против пневмококковой инфекции в декретированных возрастах, эффективность вакцинации будет расти, количество заболевших будет неуклонно снижаться, и, как показывает мировая практика, снизится летальность от вызванных пневмококковой инфекцией таких заболеваний, как пневмония, менингит.

Литература:

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года №2295 «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся

профилактические прививки, Правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам, с изменениями и дополнениями от 29.06.2010 г.»

2. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан №16 «Об утверждении Методических указаний по проведению профилактических прививок против пневмококковой инфекции в Восточно-Казахстанской и Мангистауской областях РК., от 10.11.2010 г.».

3. Постановление Правительства Республики Казахстан №8. от 09.01.2012 года «Санитарно-эпидемиологические требования по проведению профилактических прививок населению».

4. Приложение 1, 2 к Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан; от 4 декабря 2008 года, № 636 «Перечень временных и постоянных медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок».

5. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы. Утверждена указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.

6. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009г.

Тұжырым

БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ПНЕВМОКОККЫТЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Т.И. Терехова, К.А. Мукаметжанова, А.Л. Алимбекова, А.П. Бурбаева, О.А. Макарова,

Е.В. Цыпкунуова, И.Ю. Бургучева, Г.М. Гурьянова, Е.А. Госсен

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.,

Жалпы тәжірибелік дәрігер мамандығы бойынша интернатура кафедрасы

Мақалада пневмококқа қарсы вакцинация ұлттық егілу күнтізбесіне енгізілген Қазақстан Республикасының Шығыс Қазақстан облысы және Семей қаласында пневмококқа қарсы егілген балалардың вакцинация нәтижелерінің мониторингі көрсетілген. Әлемдік тәжірибеде көрсеткендей, пневмококқа қарсы вакцинация пневмония, менингит, отит сияқты аурулардағы летальдылықты төмендеткен. Пневмококқа қарсы вакцинацияның тиімділігін бағалау жүргізілді. Пневмококқа қарсы екпе алмаған балалармен салыстырғанда толық курсты вакцинация алған балалар арасында пневмониямен, жедел орталық отитпен және бактериальды менингитпен аурушаңдылық төмендеген.

Негізгі сөздер: вакцинация, пневмококты инфекция, балалар, мониторинг, пневмония, менингит, отит.

Summary

TOPICAL ISSUES PREVENTION AGAINST PNEUMOCOCCOVA INFECTION FROM CHILDREN'S AGE

T.I. Terekhova, K.A. Mukametzhanova, A.L. Alimbekova, A.P. Burbayeva, O.A. Makarova,

E.V. Tsyapkunova, I.Yu. Burgucheva, G.M. Guryanova, E.A. Goosen

Semey State medical university,

Internship chair on the general medical practice

The paper presents the results of monitoring data to vaccinate children against pneumococcal disease children Semey, and East Kazakhstan Oblast, Kazakhstan, where vaccination against pneumococcal disease was introduced into the national immunization schedule. As world practice shows, vaccination against pneumococcal infection reduces mortality from pneumococcal disease caused by diseases such as pneumonia, meningitis, otitis media. The efficacy of vaccination against pneumococcal infection. Decreased incidence in the group of children who received the full course of vaccination, compared to children not vaccinated against pneumococcal disease: decreased incidence of pneumonia, acute otitis media and bacterial meningitis.

Key words: vaccination, pneumococcal infection, children, monitoring, pneumonia, meningitis, otitis.

УДК 616.24-002.5-053.2-08

К.С. Игембаева¹, Н.Н. Сыздықбаева², Д.А. Байгожина³, Р.С. Игембаева⁴, А. Измайлова⁵^{1,4,5} Государственный медицинский университет города Семей,² Майская противотуберкулезная больница, Павлодарская область,³ КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер», г. Семей**ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПОДРОСТКОВ МЕТОДИКОЙ DOTS**

Аннотация

Комплексное лечение туберкулеза легких у подростков приводит в большинстве случаев к благоприятным результатам. Эффективность лечения зависит от оптимально подобранной схемы химиотерапии, использования резервных противотуберкулезных препаратов (протионамид, таривид, амикацин), патогенетической терапии (лидаза, УВЧ терапия), лечения сопутствующих заболеваний, своевременного начала лечения. Благоприятные результаты получены у 95,4% больных.

Ключевые слова: туберкулез легких, методика DOTS, патогенетическое лечение, результаты лечения, препараты второго ряда.

Современные методы химиотерапии туберкулеза, основанные на методике DOTS, направлены на достижение более эффективных результатов лечения, сокращение сроков стационарного лечения, выработку более стандартных схем химиотерапии.

Однако психофизиологические, поведенческие особенности подростка требуют индивидуального подхода к больному [1-3].

Целью исследования явилось изучение эффективности лечения туберкулеза органов дыхания у подростков методикой DOTS.

Материалы и методы

Полученные данные основаны на результатах 171 наблюдения за подростками в возрасте 13-17 лет с активными формами внутригрудного туберкулеза, нахо-

дившихся на лечении в подростковом отделении, за последние 7 лет.

Результаты и их обсуждения

Среди больных преобладали подростки с инфильтративным (62) и очаговым (43) туберкулезом. Среди других форм отмечен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (36 пациентов), экссудативный плеврит (14), фиброзно-кавернозный туберкулез и казеозная пневмония (8), диссеминированный туберкулез (5), туберкулема (2).

Бактериовыделение имелось у 83 (48,5%) подростков, полости распада определялись у 68 (39,8%). У 51 (30%) больного выявились двусторонние распространенные процессы. Схема назначения химиотерапии зависела от выраженности процесса, наличия распада

и бактериовыделения, категории тяжести заболевания и других показателей. Больным, с распространенными осложненными процессами, назначали 4-5 противотуберкулезных препаратов. Наиболее частой комбинацией являлось назначение изониазида, рифампицина, пиразинамида и стрептомицина (42 подростка) или последним препаратом был этамбутол (24). Больным без распада и бактериовыделения назначали 3 препарата, чаще изониазид, рифампицин, пиразинамид (у 28) или изониазид, пиразинамид, этамбутол (у 23). Остальные получали разные комбинации по индивидуальной схеме в зависимости от переносимости препаратов, сопутствующих заболеваний и других факторов, не дающих возможности применить стандартные схемы лечения. У 57 больных в комплексе лечения включены резервные препараты (таривид, амикацин, протионамид) при этом таривид чаще назначали на первых этапах лечения при больших инфильтративных процессах, выраженных патологических изменениях крови, протионамид и амикацин – после 3-6 мес лечения при появлении данных об устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ).

Так, давно разработан и до сих пор широко применяется метод комплексного лечения с использованием лизаза, как патогенетического средства.

Учитывая особенности подросткового возраста, использовали возможность парентерального введения препаратов.

В целом сроки лечения в стационаре составили от 3 до 10 мес, при этом большинство больных лечились 6 (86) и 9 (33 пациента) мес.

Проведено динамическое наблюдение за течением туберкулезного процесса у 151 больного. Химиотерапия оказалась благоприятной у большинства (95,4%) боль-

ных. Значительное рассасывание инфильтративных изменений произошло к 3-6 мес. лечения. Абациллирование наступило у 73 (98,7%) из 75 бактериовыделителей, у большинства (62) через 1-3 мес лечения. Полости распада закрылись у 58 (92%) больных из 63 в разные сроки, у большинства больных – к 3-6 мес лечения. У 64 (42,4%) пациентов к моменту выписки отмечались незначительные остаточные изменения, у 60 (39,7%) – умеренно выраженные и у 27 (17,9%) – выраженные.

Выводы

Комплексное лечение туберкулеза легких у подростков приводит в большинстве случаев к благоприятным результатам. Эффективность лечения зависит от оптимально подобранной схемы химиотерапии, использования резервных противотуберкулезных препаратов (протионамид, таривид, амикацин), патогенетической терапии (лизаза, УВЧ терапия), лечения сопутствующих заболеваний, своевременного начала лечения. Благоприятные результаты получены у 95,4% больных.

Литература:

1. Гусейнов Г.К., Пахиева Х.Ю., Балашова Н.А. Резервы повышения эффективности лечения туберкулеза легких у подростков // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006, №1. – С. 16-19.

2. Баранова Г.В., Залотова Н.В., Овсянкина Е.С. и др. Психологические особенности детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Туберкулез и болезни легких. – 2010, №1. – С. 50-54.

3. Игембаева К.С. Клиническая структура туберкулеза органов дыхания у подростков // Материалы 6-го съезда фтизиатров Казахстана. – Алматы, 14-15 октября – 2010. – С. 101-103.

Тұжырым

ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ТЫНЫС АҒЗАЛАРЫ ТУБЕРКУЛЕЗІН DOTS

К.С. Игембаева, Н.Н. Сыздықбаева, Д.А. Байгожина, Р.С. Игембаева, А. Измайлова
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.,
Павлодар облысының, Майский туберкулезге қарсы күресетін аурухана,
Өңірлік туберкулезге қарсы күресетін диспансер. Семей қаласы

Көп жағдайда жасөспірімдердегі өкпе туберкулезін комплексті емдеу жақсы нәтиже береді. Емнің нәтижесі негізінен төменде келтірілген мәліметтерге тікелей байланысты, яғни емдеу уақытында басталуы керек, қосымша ауруларды емдеу, патогенетикалық емдеу жүргізу (УВЧ-мен, лизазамен), екінші қатарға жататын дәрілерді қолдану (амикацин, таривид, протионамид) және дәрілердің тиімді қосындыларын қолдану керек. Емдеу аурулардың 95,4%-да жақсы нәтижемен аяқталды.

Негізгі сөздер: жасөспірімдер, тыныс ағзалары туберкулезі, DOTS тәсілі, екінші қатардағы дәрілер, патогенетикалық емдеу, емдеу нәтижесі.

Summary

THE TREATMENT OF THE TUBERCULOSIS ORGAN BREATHINGS BESIDE TEENAGER BY METHODS DOTS

K.S. Igembayeva, N.N. Syzdykbayeva, D.A. Baigozhina, R.S. Igembayeva, A. Izmailova
Semey State medical university,

Antituberculosis Hospital, Maysk, Pavlodar region
Regional antituberculosis dispensary Semey city

The Complex treatment of the tuberculosis light beside teenager provides in majority of the events to favorable result. Efficiency of the treatment depends on optimum selected schemes to chemotherapies, use reserve TB drugs (protionamid, tarivid, amikaqin), pathogenetic therapy (lidaza, UVCH therapy), treatment of the accompanying diseases, well-timed begin treatments. The Favorable results are received beside 95,4% sick.

Key words: the teenagers, tuberculosis of bodies of breath, technique DOTS, second-line drugs, treatment, results of treatment.

УДК 616.24-002.5-053.2-07

Д.А. Байгожина

Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТУБЕРКУЛИНОВУЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ

Аннотация

У больных туберкулезом детей раннего и дошкольного возраста интенсивность туберкулиновой чувствительности зависит от возраста, фазы развития процесса, его тяжести и наличия осложнений. Значительное количество отрицательных и сомнительных реакций осложняет диагностику туберкулеза у детей при постановке туберкулиновых проб.

У детей грудного возраста частота туберкулиновых отрицательных реакций в 13,2 раза больше, а гиперергических – в 5,8 раза меньше, чем у детей дошкольного возраста. У детей в возрасте от 1 года до 3 лет по сравнению с детьми дошкольного возраста частота отрицательных реакций в 4,6 раза больше, а гиперергических – в 2,2 раза меньше.

Ключевые слова: локальный туберкулез, туберкулиновая чувствительность, туберкулинодиагностика, реакция

Туберкулинодиагностика имеет большое значение в раннем выявлении туберкулезной инфекции у детей, но не всегда она оказывается информативной, особенно из-за наличия отрицательной анергии [1-3].

Целью исследования явилось изучение чувствительности кожи к туберкулину у больных туберкулезом детей до 7-летнего возраста в зависимости от возраста, формы туберкулеза, фазы развития процесса, его тяжести, наличия осложнений.

Материалы и методы

Изучены 367 историй болезни детей до 7-летнего возраста, лечившихся в стационаре по поводу локального туберкулеза.

Результаты и их обсуждения

Детей до 1 года было 19, от 1 года до 3 лет – 100, от 3 до 7 лет – 248. Туберкулиновая чувствительность определялась с помощью пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Реакция на внутрикожное введение туберкулина оценивалась общепринятым методом. При наличии инфильтрата диаметром 5-11 мм положительную реакцию считали умеренной интенсивности, 12-16 мм – интенсивной.

При исследовании интенсивности туберкулиновых реакций в различных возрастных группах детей (до 1 года, от 1 года до 3 лет и от 3 до 7 лет) было установлено, что частота сомнительных (5,3, 2, 1,2%; $p < 0,05$), умеренно интенсивных (36,8, 36, 29,4%; $p < 0,05$) и интенсивных (21, 37, 36,3%; $p < 0,05$) реакций в указанных группах существенно не различалась.

При исследовании интенсивности туберкулиновых реакций в зависимости от форм процесса установлено, что при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов несколько чаще, чем при первичном туберкулезном комплексе, отмечались гиперергические (29,5% против 15%; $p < 0,05$) и незначительно реже – интенсивные (34,4% против 45%; $p < 0,05$) реакции. Кроме того при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов у 2 (1,6%) детей были сомнительные реакции, которые не

наблюдались при первичном туберкулезном комплексе. Частота отрицательных туберкулиновых реакций при этих формах туберкулеза была одинаковой (2,5%), а частота реакций умеренной чувствительности существенно не различалась (32% против 37,5%; $p < 0,05$). Средний размер папулы при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов составил $11,6 \pm 1,6$ мм при первичном туберкулезном комплексе – $12,5 \pm 1,1$ мм ($p < 0,05$).

Следовательно, у детей до 7-летнего возраста туберкулиновая чувствительность при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов и первичном туберкулезном комплексе на различается. Следует подчеркнуть, что у 64,3% детей в возрасте от 1 года до 3 лет, контактировавших с больными – бактериовыделителями, наблюдалось усиление чувствительности к туберкулину в 2-5 месячный срок между проведением туберкулинодиагностики.

Выводы:

1. Таким образом, у больных туберкулезом детей раннего и дошкольного возраста интенсивность туберкулиновой чувствительности зависит от возраста, фазы развития процесса, его тяжести и наличия осложнений. Значительное количество отрицательных и сомнительных реакций осложняет диагностику туберкулеза у детей при постановке туберкулиновых проб.

Литература:

1. Король О.И., Лозовский М.Э. Туберкулез у детей и подростков // Издательство «СПб», 2005. – 424 с.
2. Кузьмина И.К., Губкина М.Ф. Алгоритм обследования детей и подростков с гиперергической чувствительностью к туберкулину // Туберкулез и болезни легких. - Москва – 2010, №1. – С. 20-25.
3. Игембаева Р.С. Особенности клинических проявлений туберкулеза органов дыхания у детей Семипалатинского региона // Наука и здравоохранение. Семей. – 2004, №1. - С. 114-116

Тұжырым

ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ ТУБЕРКУЛИНГЕ СЕЗІМТАЛДЫҒЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН СЕБЕПТЕР

Д.А. Байгожина

Өңірлік туберкулезге қарсы күресетін диспансер. Семей қаласы

Мектеп жасына дейінгі балалардың туберкулинге сезімталдығы аурудың даму сатысына, асқынуына және қаншалықты ауырлығына байланысты. Көп жағдайда балаларда кездесетін теріс және көмескі туберкулиндік реакциялар балаларға диагноз қоюға бөгет жасайды.

Мектеп жасына дейінгі балалармен салыстырғанда емшек жасындағы балаларда теріс туберкулиндік реакциялар 13,2 есе көп, ал жоғарғы сезімталдық реакциялары 5,8 есе аз кездеседі. Мектеп жасына дейінгі

балаларда теріс туберкулиндік реакциялар 4,6 есе көп, ал өте жоғары сезімталдық реакциясы 2,2 есе аз кездеседі.

Тексеру кезінде, мектеп жасына дейінгі, туберкулез құртын шығаратын науқастармен бірге тұратын балалар арасында, 2-5 ай мерзімінде олардың туберкулинге сезімталдығының артқаны байқалды, сондықтан туберкулез ошағында тұратын балаларға туберкулиндік реакцияларды әрбір 3 айда жасау керек.

Негізгі сөздер: балалар, туберкулин, туберкулинді реакция, 2 ТБ Манту сынағасы, факторлар, туберкулинодиагностика нәтижелері.

Summary

THE FACTORS INFLUENCING ON SENSITIVITY AT THE PATIENTS BY TUBERCULOSIS OF CHILDREN

D.A. Baigozhina

Regional antituberculosis dispensary Semey city

Thereby, beside sick tuberculosis children early and preschool age intensity to sensitivity depends on age, phases of the development of the process, his (its) gravity and presence of the complications. The Quite a number negative and doubtful reaction complicates the diagnostics of the tuberculosis beside children when stating tuberculin tests.

Beside children of the breast age of the frequency tuberculin negative reaction in 13,2 times more, but hypersensitivity - in 5,8 times less, than beside children of the preschool age. Beside children at age from 1 before 3 years in contrast with children of the preschool age frequency negative reaction in 4,6 times more, but hypersensitivity - in 2,2 times less.

Beside 64,3 children of the early age, contacted with sick - an selection of bacteria, is revealed growth tuberculin to sensitivity for short periods (2-5 knead) that is indicative of practicability in condition of the epidemics of the tuberculosis specified contingent children to conduct the tuberculin diagnosis each 3 knead.

Key words: children, tuberculin, tuberculin of reaction, Mantu test, with 2 those, factors, results tuberculinodiagnostik.

УДК 616.24-002.5-053.2

К.С. Игембаева, Н.Н. Сыздықбаева, Д.А. Байгожина, Р.С. Игембаева, А. Измайлова

Государственный медицинский университет города Семей,
Майская противотуберкулезная больница, Павлодарская область,
КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер», г. Семей

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Аннотация

У больных лекарственно – резистентным туберкулезом репаративные процессы в легочной ткани и негитивация мокроты наступали в более поздние сроки, чем у больных, у которых лекарственная чувствительность МБТ к антибактериальным препаратам были сохранена. Лекарственная чувствительность МБТ детей и подростков, больных туберкулезом, в основном совпадает с лекарственной чувствительностью МБТ источника заражения. В связи с этим химиопрофилактику детям из очагов и контактов с лекарственно – устойчивым туберкулезом необходимо проводить с учетом лекарственной чувствительности МБТ источника заражения.

Ключевые слова: дети, подростки, туберкулез, лекарственная устойчивость, химиопрофилактика туберкулеза.

В условиях увеличения числа взрослых больных резистентным туберкулезом, отмечается и рост численности детей и подростков, больных туберкулезом, выделяющих лекарственно-устойчивые микобактерии туберкулеза (МБТ) (1-3).

Целью настоящего исследования, было изучение особенностей проявления и клинического течения туберкулеза у детей и подростков при выявлении лекарственной резистентности МБТ.

Материалы и методы

Для выполнения поставленных задач нами проведены клиническое наблюдение за 172 бациллярными больными туберкулезом детьми и подростками.

Результаты и их обсуждение

Все больные были разделены на 3 группы:

Первая - 55 больных с лекарственно- устойчивым туберкулезом, вторая – 69 человек с сохранением лекарственной чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам, третья – 48 больных, у которых МБТ обнаружены методом простой или люминесцент-

ной микроскопии, в связи с чем лекарственная чувствительность не определена.

Бактериовыделение было лишь у 47 детей и 125 подростков в возрасте от 5 до 17 лет. В структуре клинических форм у лиц с лекарственно – устойчивым туберкулезом преобладал инфильтративный туберкулез (51%), среди них также выявлялись диссеминированный туберкулез, туберкулезный менингит, отмечены 4 случая казеозной пневмонии и 4 рецидива заболевания. Анализ лекарственной чувствительности МБТ позволил установить, что наиболее часто, как у детей, так и у подростков, наблюдалось устойчивость МБТ к изониазиду – у 46 (83,6%), стрептомицину – у 31 (56,3%) и рифампицину – у 11 (20%). Множественная лекарственная устойчивость (устойчивость МБТ к изониазиду и рифампицину по определению ВОЗ) отмечена у 12 (21,8%) больных, одинаково часто как у детей (6), так и подростков (6). Устойчивость МБТ к 3 противотуберкулезным препаратам и более отмечена у 18 человек, в том числе у 12 (66,7%) подростков и 6 (33,3%) у детей. Изучены особенности клинического течения туберкуле-

за в 3 группах наблюдения. При этом установлено, что при лекарственно-устойчивом туберкулезе (1-я группа) начало заболевания чаще всего было острым (43,6%), у больных 2-й и 3-й групп - постепенным (50,7 и 43,7% соответственно). Общее состояние больных на момент выявления заболевания в 1-й группе в подавляющем большинстве случаев было средней тяжести (40,1%), а у больных 2-й и 3-й групп - удовлетворительным (57,9 и 47,9%). Эффективность лечения больных оценивалась по срокам динамики туберкулиновой чувствительности, наступления положительной клинико - рентгенологической динамики и прекращения бактериовыделения. Лечение больных состояло из 3 этапов. В интенсивной фазе (1 этап) лечения больные 1-й группы наблюдения получали комбинации из 4-5 препаратов, на II этапе - из 3, на III этапе - из 2 препаратов. Больные 2-й и 3-й групп получали на I этапе 3 препарата, на II и III этапах по 2 препарата. При получении результатов лекарственной чувствительности МБТ в соответствии с ними проводилась коррекция химиотерапии с введением резервных препаратов и подбором индивидуальной схемы лечения. Лечение было комплексным и включало подключение этиологических средств и методов. Средние сроки подключения их были различными в зависимости МБТ к противотуберкулезным препаратам и эффективности антибактериальной терапии. Сроки наступления положительной рентгенологической динамики и негитивации мокроты также были различными в зависимости от наличия у больных устойчивых и чувствительных штаммов МБТ. Так, средние сроки рассасывания инфильтративных изменений у больных 1-й группы составили $5,7 \pm 0,4$ мес от начала лечения, во 2-й $4,5 \pm 0,3$ мес, в 3-й группе - $4,1 \pm 0,3$ мес; различие было статически достоверным ($p < 0,05$). Закрытие полости распада также наступало у больных 1-й группы наблю-

дения в более поздние сроки (через $8,3 \pm 0,6$ мес от начала лечения) по сравнению с больными 2- и 3-й групп ($5,6 \pm 0,6$ и $5,7 \pm 0,7$ мес; $p < 0,05$). При наличии лекарственной устойчивости МБТ прекращение бактериовыделения наблюдалось в среднем через $2,9 \pm 0,4$ мес от начала лечения, а у больных 2-й группы - через $1,6 \pm 0,4$ мес, в 3-й группе - через $1,5 \pm 0,1$ мес ($p < 0,05$).

Таким образом, у больных лекарственно - резистентным туберкулезом репаративные процессы в легочной ткани и негитивация мокроты наступали в более поздние сроки, чем у больных, у которых лекарственная чувствительность МБТ к антибактериальным препаратам были сохранена. Лекарственная чувствительность МБТ детей и подростков, больных туберкулезом, в основном совпадает с лекарственной чувствительностью МБТ источника заражения. В связи с этим химиопрофилактику детям из очагов и контактов с лекарственно - устойчивым туберкулезом необходимо проводить с учетом лекарственной чувствительности МБТ источника заражения.

Литература:

1. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Скачкова Е.И. и др. Распространение туберкулеза среди детей и подростков в РФ // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2009. - №1. - С. 5-10.
2. Филиппов А.В., Овсянкина Е.С., Денисова Л.С. и др. Сравнительный анализ заболеваемости туберкулезом детей и подростков в Москве и Пензенской области // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2008. - №1. - С. 6-11.
3. Игембаева К.С., Игембаева Р.С. Селиханова Н.К. и др. Клиническая структура больных туберкулезом детей и подростков // Наука и здравоохранение. - 2011. - №2. - С.102-104.

Тұжырым

ҚАЗІРГІ ЗАМАНДАҒЫ БАЛАЛАРМЕН ЖАСӨСПЕРІМДЕРДЕГІ ТУБЕРКУЛЕЗ
К.С. Игембаева, Н.Н. Сыздықбаева, Д.А. Байгожина, Р.С. Игембаева, А. Измайлова
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.,
Павлодар облысының, Майский туберкулезге қарсы күресетін аурухана,
Өңірлік туберкулезге қарсы күресетін диспансер. Семей қаласы

Туберкулезді емдеуге қолданылатын дәрілерге сезімталдығы сақталған аурулармен салыстырғанда, туберкулезді емдеуге қолданылатын дәрілерге төзімділігі бар ауруларда емдеу нәтижесінде өкпедегі тесіктері жай жабылды және қақырықтары туберкулез қоздырғышынан кешігіп тазарды. Туберкулезді емдейтін дәрілерге төзімділігі бар науқастармен бірге тұратын балалар мен жасөспірімдердегі, дәрілерге төзімділік науқастың дәрілерге төзімділігімен сәйкес келеді, сондықтан туберкулез ошағында тұратын балалар мен жасөспірімдерге химиопрофилактиканы науқастың сезімталдығы сақталған дәрілермен жүргізу керек.

Негізгі сөздер: балалар, жасөспірімдер, туберкулез, дәріге төзімділік, туберкулез химиопрофилактикасы.

Summary

TUBERCULOSIS BESIDE FOR CHILDREN AND TEENAGER IN MODERN CONDITION
K.S. Igembayeva, N.N. Syzdykbayeva, D.A. Baigozhina, R.S. Igembayeva, A. Izmailova
Semey State medical university,
Antituberculosis Hospital, Maysk, Pavlodar region,
Regional antituberculosis dispensary Semey city

Thereby, beside sick medicinal - an resistant by tuberculosis reparativnie processes in pulmonary fabrics and neqativacia phlegms approached at more late periods, than beside sick, beside which medicinal sensitivity MBT to antibacterials drugs were preserved.

Medicinal sensitivity MBT and teenager, sick tuberculosis, basically complies with medicinal sensitivity MBT source of the contamination. In this connection chemoprophylaxis for children from centre and contact with medicinal - a firm tuberculosis necessary to conduct with provision for medicinal sensitivity MBT source of the contamination.

Key words: children, teenagers, tuberculosis, medicinal stability, chemoprophylaxis of a tuberculosis.

УДК 616.15. - 615.38

О.А. Искакова

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЕВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КРОВИ

Аннотация

Статья содержит сведения о гелевой технологии, используемой для иммуногематологических исследований крови, принципах гелевого теста, характеристику идентификационных карт. Здесь же описывается клиническая значимость и преимущества гелевой технологии, а также представлены результаты некоторых исследований. Предназначено для специалистов, занимающихся иммуногематологическими исследованиями в трансфузиологии, трансплантологии, гематологии, иммунологии.

Ключевые слова: иммуногематология, гелевые технологии, стандартизация гемагглютинации.

Введение. Гелевая технология была предложена Y. Lariège в 1989г. - основана на агглютинации эритроцитов в агаровом геле «сефадекс», помещенных в микропробирки и внедрена с целью стандартизации реакций гемагглютинации с получением достоверных результатов.

Обычно иммуногематологические исследования, основанные на реакции гемагглютинации, проводятся в жидкофазных системах. Ложные, слабые или отрицательные результаты непрямого антиглобулинового теста, за счет нейтрализации антиглобулинового реагента следами сыворотки (вследствие недостаточно эффективного отмывания эритроцитов), могут стать причиной ошибок и неверно интерпретированы, особенно неопытным персоналом.

Гелевая технология использует комбинацию методов агглютинации и гель-фильтрации.

Тесты включают в себя: определение группы крови, Rh-фактора, фенотипа эритроцитов, антиглобулиновый тест, скрининг и идентификацию антител, тесты на совместимость и некоторые другие.

Для исследований пригодны как образцы цельной крови (взятые в чистую, сухую пробирку), так и образцы крови, взятые на консервантах и стабилизаторах. Также пригодна артериальная, капиллярная и пуповинная (без отмывания) кровь.

Характеристика идентификационных карт. Идентификационные карты (ID-карты) представляют собой пластиковые карточки, в которые встроено по шесть микропробирок. В пяти пробирках содержится смесь геля со специфическими моноклональными антителами и антиглобулиновым реагентом, предназначены для определения группы крови по системе АВ0 и Rh-принадлежности эритроцитов доноров и реципиентов (включая слабые варианты антигенов), а также для типирования других антигенов эритроцитов.

Каждая карточка имеет шестую контрольную пробирку, содержащую нейтральный гель без антител (ctl).

Маркировка пробирок в ID-карте осуществляется по выявляемым антигенам, например: A-B-AB-D-CDE-ctl или C-c-E-e-K-ctl.

Идентификационные карты для выявления антител к антигенам эритроцитов имеют некоторые отличия, например, карты "Coombs / Enzyme Test": в трех пробирках, расположенных слева, содержится гель, содержащий антитела к глобулинам человека (моноспецифические анти-IgD или полиспецифические - к иммуноглобулинам различных классов) - реакция Кумбса. В следующих трех пробирках содержится только нейтральный гель, предназначенный для выявления антител к антигенам эритроцитов в солевой среде.

Принцип гелевого теста. Для проведения тестов обычно используются три вида геля:

1) нейтральный, не содержащий специфических антител (применяется для поиска и идентификации антител солевым и ферментативным методами, на холодной стадии пробы на совместимость крови донора и реципиента);

2) специфический, содержащий антитела (моноклональные или поликлональные) к антигенам эритроцитов крови человека (применяется для типирования антигенов эритроцитов систем АВ0, Rh, Kell и т.д.);

3) антиглобулиновый, содержащий антитела (полиспецифические или моноспецифические) к иммуноглобулинам человека и компонентам системы комплемента (применяется для прямого и непрямого антиглобулинового теста, т.е. реакции Кумбса, при поиске и идентификации ауто- и аллоиммунных антител, пробе на совместимость крови донора и реципиента).

Исследуемые или стандартные эритроциты и исследуемая сыворотка (плазма) помещаются в соответствующие микропробирки, где происходит реакция агглютинации, затем идентификационные карты центрифугируются для разделения результатов реакции. При этом неагглютинированные эритроциты свободно проходят между частицами геля и образуют на дне микропробирки компактный осадок красного цвета - отрицательный результат; агглютинированные располагаются на поверхности или в толще геля (в зависимости от размеров агглютинатов) - положительный результат.

В зависимости от силы реакции агглютинации в гелевой среде принята следующая оценка полученных результатов:

- сильно-положительный (++++) - образовавшиеся агглютинаты эритроцитов задержались на поверхности геля;

- положительный (+++) - агглютинаты располагаются в верхней трети столбика геля;

- слабо-положительный (++) - агглютинаты фиксированы в верхних двух третях геля;

- очень слабо-положительный (+) - агглютинаты располагаются в нижней трети геля;

- отрицательный (-) - эритроциты формируют на дне микропробирки компактный осадок.

Размер частиц геля, специальный подбор моноклональных или поликлональных антител позволяет достичь наилучших результатов чувствительности и специфичности, а его прозрачность делает считывание результатов более надежным и позволяет интерпретировать самые сложные диагностические случаи.

Клиническая значимость. Принцип безопасности трансфузий эритроцитосодержащих гемокомпонентов воз-

можно осуществлять за счёт выявления предшествующей сенсibilизации. Это достигается обязательным для всех реципиентов скринингом нерегулярных антиэритроцитарных антител имеющее клиническое значение, способные вызывать in vivo разрушение эритроцитов, имеющих на мембране соответствующий антиген. Присутствие которых, вызывает возникновение посттрансфузионной гемолитической реакции и осложнения, гемолитической болезни новорожденных или укорочение времени выживания перелитых эритроцитов. При отсутствии антител (отрицательный результат скрининга) эритроцитарные среды выбирают только с учётом группы крови по системе ABO и Rh(D) принадлежности. Положительный результат скрининга говорит об «опасном» реципиенте, которому трансфузии гемокомпонентов осуществляют только по индивидуальному подбору с обязательным исключением антигена, к которому выявлена сенсibilизация. В таких случаях целесообразно выполнять типирование эритроцитов реципиента по антигенам C,c,E,e системы Rh, антигену K системы Kell и другим для точных рекомендаций по выбору гемокомпонентов для трансфузий. Это относится также к реципиентам, которым планируются многократные трансфузии гемокомпонентов (пациенты гематологических, онкологических стационаров, гемодиализа, реципиенты органов и тканей). Таким реципиентам индивидуальный подбор проводится не только с учётом выявления предшествующей сенсibilизации, но и с обязательным фенотипированием эритроцитов.

Для исследования вышеуказанных антигенов эритроцитов и антител к ним используются различные методы, наиболее чувствительным и специфичным из которых является гелевый тест.

Основные преимущества использования гелевой технологии:

- Высокая чувствительность и специфичность тестов, что позволяет проводить диагностику слабых вариантов антигенов и антител (включая A2, A3; Du, DVI);
- Единственный метод выявления посттрансфузионных и посттрансплантационных «химер»;
- Объективизация, стандартизация и возможность фотодокументации результатов исследований для сохранения их в архиве или использования для учебных пособий;
- Автоматизации выполнения исследований и компьютерной обработки результатов;
- Удобство и простота в исследовании, повышение безопасности персонала: отсутствие этапов отмывания эритроцитов; исследование крови, заготовленной на консервантах и стабилизаторах без искажения результатов; сокращение времени на проведение полного иммуногематологического исследования в 2-5 раз; снижение риска заражения персонала инфекциями, передающимися через кровь;
- Возможность использования небольших количеств крови – актуально при использовании в педиатрии - неонатологии,

когда получение достаточных количеств материала (необходимых для других методик) затруднено;

Оборудование и реактивы.

- ID-карты для определения антигенов эритроцитов и антиэритроцитарных антител;
- ID-центрифуга для центрифугирования карт;
- термостат на +37°С;
- штатив для пробирок и карт;
- пробирки вместимостью 5 и 10 мл;
- пипетки полуавтоматические одноканальные (10, 25, 50 мкл);
- перчатки резиновые хирургические;
- раствор для разведения 1 (раствор бромелина);
- раствор для разведения 2 (раствор низкой ионной силы - LISS, PHIS);
- 0,9% раствор хлорида натрия;
- стандартные типированные эритроциты человека для выявления антител и проведения перекрестной реакции.

Таблица 1.

Результаты исследования антигенов группы крови ABO и резус-принадлежности в ID-карте ABO/Rh.

Выявляемые антигены					Заключение
A	B	AB	D	CDE	
+	+	+	+	+	AB Rh+
+	+	+	-	-	AB Rh-
+	-	+	+	+	A Rh+
+	-	+	-	-	A Rh-
-	+	+	+	+	B Rh+
-	+	+	-	-	B Rh-
-	-	-	+	+	0 Rh+
-	-	-	-	-	0 Rh-

Примечание: Специфичность исследования подтверждается по отрицательному результату в пробирке с контролем ID-карты.

Таблица 2.

Определение антигенов эритроцитов системы ABO.

Группа крови	Результаты исследования с сыворотками		
	анти-A	анти-B	анти-AB
0 (I)	-	-	-
A1 (II)	++++	-	++++
A2 (II)	++++	-	++++
A3 (II)	++/++++	-	++/++++
A _x (II)*	-/++	-	+/++
B (II)	-	++++	++++
B3 (III)	-	+/++++	+/++++
B _x (III)*	-	-/++	-/++
A1B (IV)	++++	++++	++++
A2B (IV)	+++ /++++	++++	++++

Примечание: * - определение очень слабых вариантов антигенов A и B требует дальнейших исследований.

Таблица 3.

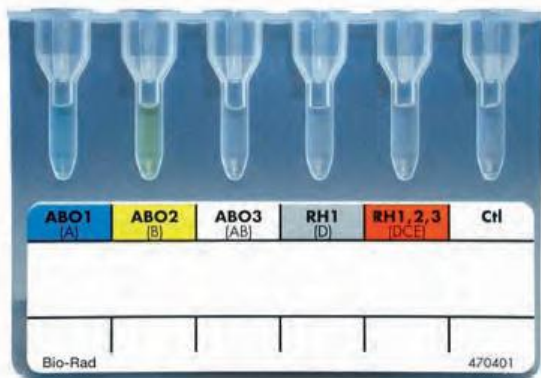
Определение резус-принадлежности (D, CDE).

Резус-принадлежность	Результаты исследования с сыворотками	
D-положительная	++++	++++
D-отрицательная	-	-
D-отрицательная, C	E- положительная*	-
Слабоположительная (D ^u)	От ± до +++	от +++ до ++++

Примечание: * - Положительная реакция с сывороткой анти-CDE при отрицательной реакции с сывороткой анти-D свидетельствует о наличии антигенов C, E и требует дальнейшего типирования с использованием ID-карт: C-c-E-e-K-ctl или C-C^w-c-E-e-K

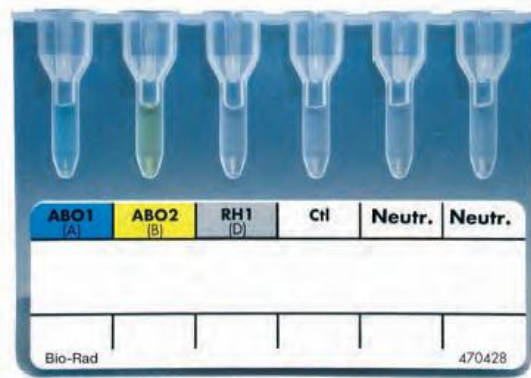
ID-карточки

А-В-AB-D-DCE- Контроль – для определения групп крови ABO/RH. Каждая микропробирка (1-5) содержит специфические моноклональные антитела, 6 – контроль содержит нейтральный гель.



ID-карточки

А-В-D-Контроль-Нейтр-Нейтр - для определения групп крови ABO/RH перекрестным методом. Микропробирка 1 содержит анти - А, 2 - анти-В, 3 – Анти-D, 4 - контрольная, 5 и 6 –нейтральный гель.

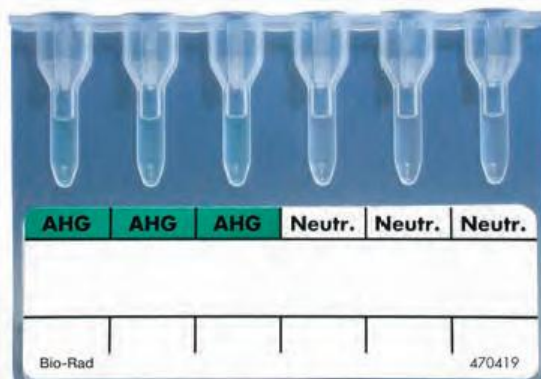


ID-карточки

Кумбс + нейтральные – для скрининга антиэритроцитарных антител (непрямая реакция Кумбса и ферментный тест).

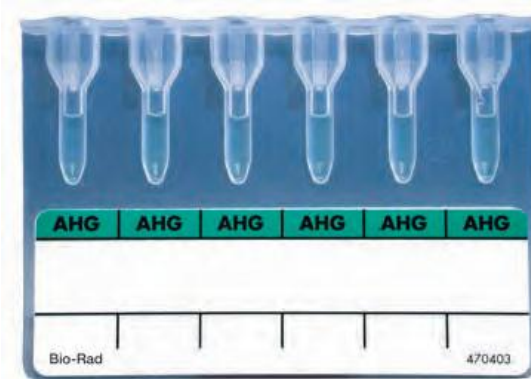
Первые три микропробирки содержат гель с антиглобулиновой сывороткой для проведения реакции Кумбса в растворе низкой ионной силы (РНИС).

Последние три - нейтральный гель для выполнения солевой или ферментативной реакции с папаином



ID-карточки

Кумбс анти - IgG, анти - IgG, C3d (АГС) - прямая реакция Кумбса. Микропробирки содержат гель с антиглобулиновой сывороткой для проведения реакции Кумбса в растворе низкой ионной силы (РНИС).



Выводы. Гелевый тест является простым, воспроизводимым, быстрым и очень чувствительным методом, позволяющим сразу выявлять слабые варианты антигенов эритроцитов. Тест оценивается только макроскопически. После короткого обучения персонала, выполнения теста, сводятся к минимуму затрат рабочего времени и ошибок, встречающиеся при традиционных методиках.

Гелевый тест позволяет стандартизировать лабораторные методики, дать объективную оценку результатов реакции геммагглютинации. Тесты позволяют перепроверять полученные данные, для контроля, так как могут быть фотокопированы для сохранения их в архиве. Для теста используется небольшое количество сыворотки или эритроцитов, что чрезвычайно важно для педиатрических клиник.

Использование гелевой системы позволяет снизить риск заражения персонала даже при работе с потенциально инфицированными образцами.

Отсутствие этапов отмывания эритроцитов при выполнении непрямого антиглобулинового теста позволяет более эффективно использовать рабочее время.

Литература:

1. Жибурт Е.Б. Трансфузиология. Издательский дом "Питер", - 2002. – 345с.
2. Минеева Н.В. Группы крови человека. Основы иммуногематологии. - Санкт-Петербург. – 2004.
3. Bromilov I.M. Гелевая технология в серологии групп крови // Вестник службы крови России. - №1, январь – 1998. – С. 23-24.
4. Волкова О.Я. Применение гелевой технологии «Скангель» для иммуногематологических исследований крови доноров и реципиентов гемокомпонентов. Методические рекомендации. - Санкт-Петербург. – 2008. – 65с.

Тұжырым
ҚАНЫҢ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРІ ҮШІН ГЕЛДІК ТЕХНОЛОГИЯНЫ ҚОЛДАНУ
О.А. Искакова

АҚ «Республикалық жедел медициналық көмек көрсету ғылыми орталығы», Астана қ.

Мақала қанды иммуногематологиялық зерттеу үшін қолданылатын гелдік технология, гелдік сынақтама туралы мәліметтерді және сәйкестендіру карталарының сипаттамасын ұсынады. Мұнда гелдік технологияның клиникалық маңыздылығы мен артықшылықтары, сонымен қатар бірқатар зерттеулердің нәтижелері қарастырылған. Аталмыш жұмыс трансфузиология, трансплантология, гематология, иммунология салаларында иммуногематологиялық зерттеулермен айналысатын мамандарға арналады.

Негізгі сөздер: иммуногематология, гелдік технологиялар, гемагглютинацияны стандартттау.

Summary
GEL TECHNOLOGIES FOR THE IMMUNE HEMATOLOGICAL BLOOD TESTING
O.A. Iskakova

JSC «Republican Research Center for Emergency Care», Astana

The article elaborates on use of gel technologies at immunohematology blood studies, principles of gel tests, and characteristics of identification cards. Next, the article continues with describing clinical importance and advantages of gel technology, as well as presents a number of research results. This is a recommended reading for specialists practicing immunohematology studies in transfusiology, transplantology, hematology and immunology.

Key words: the immunohematology, gel technologies, gemagglutination standartizing.

УДК 612.014.482.4-017.1

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

Государственный медицинский университет города Семей

ВЛИЯНИЕ ИМУНОФАНА НА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ФАГОЦИТАРНОЕ ЗВЕНО ИММУНИТЕТА ОРГАНИЗМА, ОБЛУЧЕННОГО ФРАКЦИОНИРОВАННОЙ ДОЗОЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Аннотация

В статье отражены результаты влияния имунофана на показатели фагоцитарного фактора иммунной системы у необлученных животных и в отдаленном периоде после после фракционированного гамма-облучения. В результате экспериментов были получены данные, что у интактных животных под влиянием имунофана фагоцитоз достоверно повышается с $36 \pm 2,4$ до $42,6 \pm 1,5$, а фагоцитарное число – в 1,6 раза. При этом имунофан в 3 раза повышает НСТ-тест. Под воздействием имунофана в отдаленном периоде после облучения происходит нормализация фагоцитарных факторов неспецифической резистентности организма.

Ключевые слова: фракционированное гамма-излучение, иммунная система, иммунопротекторы, отдаленные последствия облучения.

Реализация восстановительных процессов в организме облегчается при фракционированном облучении и при уменьшении мощности дозы, однако, во всех случаях восстановление не может быть абсолютным, некоторая доля повреждений может оставаться необратимой и участвовать в формировании отдаленных последствий. Поэтому поиск эффективных препаратов для профилактики отдаленных последствий радиационных поражений продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины.

Цель исследования

Целью нашего исследования явилась оценка влияния имунофана на фагоцитарное звено иммунитета интактного организма, а также в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения.

Материалы и методы исследования. Животных подвергали в течение 3 недель облучению гамма лучами Co^{60} на радиотерапевтической установке «ЛУЧ-1», суммарная доза облучения составила 6 Гр. Контрольными для данной группы служили интактные животные ($n=10$). До и через 90 дней после облучения и проведенного курса имунофаном (в течение 10 дней по общепринятой схеме) у всех животных определяли показатели фагоцитарного фактора иммунной системы.

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

Результаты исследования и их обсуждение

Нами было исследовано влияние имунофана на неспецифическое фагоцитарное звено иммунной системы необлученных животных. Результаты представлены в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что у интактных животных под влиянием имунофана фагоцитоз достоверно повышается с $36 \pm 2,4$ до $42,6 \pm 1,5$, а фагоцитарное число – в 1,6 раза. При этом имунофан в 3 раза повышает НСТ-тест.

В дальнейшем нами изучалось влияние имунофана на неспецифическое фагоцитарное звено иммунной системы облученных фракционированной дозой животных в отдаленном периоде (таблица 2).

Из таблицы 2 мы видим, что под воздействием имунофана происходит достоверное снижение НСТ-теста до $2,4 \pm 0,2$ ($P < 0,05$), фагоцитоза до $24,8 \pm 3,9$, а фагоцитарное число снижается до нормы.

Таблица 1.

Влияние имунофана на показатели фагоцитарного фактора иммунной системы интактного организма.

Показатели	1 группа (n=15)	2 группа (n=10)
Фагоцитоз %	36,0±2,4	42,6±1,5*
Ф/Ч	1,6±0,23	2,5±0,08*
НСТ-тест	4,7±0,6	18,6±0,9*

Примечание: 1 группа – интактные животные,
2 группа – интактные + имунофан,

n – количество опытов;
* - достоверность к интактному (P<0,05).

Имунофан нормализует показатели фагоцитарного числа, достоверно снижает фагоцитоз до 19,44±1,69 (P<0,001) по отношению и к опытной и контрольной группам. При этом имунофан снижает НСТ-тест, однако этот показатель не достигает статистической значимости.

Таким образом, под воздействием имунофана в отдаленном периоде после облучения происходит нормализация фагоцитарных факторов неспецифической резистентности организма.

Таблица 2.

Влияние имунофана на показатели фагоцитарного фактора иммунной системы облученного фракционированной дозой организма в отдаленном периоде.

Показатели	Серия опытов		
	1 группа (n=15)	2 группа (n=20)	3 группа (n=10)
Фагоцитоз	36,0±2,4	52±0,8* ⁰	19,44±1,69** ⁰⁰
Ф/Ч	1,6±0,23	2,3±0,1* ⁰⁰	1,6±0,1 ⁰⁰
НСТ-тест	4,7±1,6	11,6±3,9*	6,8±0,8

Примечание: 1 группа – интактные животные,
2 группа – облученные + 3 месяца,
3 группа – облученные + имунофан,
n – количество опытов;

* - достоверность к 1 группе (P<0,05),
** - достоверность (P<0,001),
⁰ - достоверность ко 2 группе (P<0,05),
⁰⁰ - достоверность (P<0,001).

Выводы. В интактном организме имунофан повышает НСТ-тест, а в облученном организме нормализует показатели фагоцитарных факторов неспецифической резистентности организма.

Применение препарата имунофан в качестве средства иммунокоррекции в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения позволило изменить показатели фагоцитарных факторов иммунной системы в сторону нормализации.

1. Иванов А.И., Тюленев П.С., Панкратов Е.В. Новые формы организации и лечения отдаленных последствий радиационных поражений. – М., - 2000. – С. 27-30.

2. Jerne N.K., Nordin A.A. // Plaque formation in agar by single antibody - producing cells // Science. - 1963. - V.140. - N2. - P. 405 - 408.

3. Гриневич Ю.А., Алферов А.Н. Определение иммунных комплексов в крови онкологических больных // Лабор. дело.-1981.- № 8.- С.493-496.

4. Кост Е.А. Справочник по клиническим лабораторным методам исследования. - Москва. – 1975. – 32с.

Литература:

Тўжйрым

ФРАКЦИОНАЛДАНҒАН ГАММА-СӘУЛЕПЕНУДЕН КЕЙІН ҰЗАҚ МЕРЗІМ КЕЗЕҢІНДЕ ОРГАНИЗМ ИММУНИТЕТІНДЕГІ СПЕЦИФИКАЛЫҚ ЕМЕС ФАГОЦИТАРЛЫҚ БӨЛІМІНЕ ИМУНОФАННЫҢ ӘСЕРІ

С.Е. Өзбекова, Б.А. Жетпісбаев, А.К. Мұсайнова, Д.Е. Өзбеков, Г.С. Шалғымбаева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.

Фракционалданған гамма-сәулелермен сәулеленуден кейін ұзақ мерзім кезеңінде иммунитеттің спецификалық емес бөлімінде аздаған өзгерістер болды. Фракционалданған гамма-сәулелермен сәулеленуден кейін ұзақ мерзім кезеңінде иммунокоррекция ретінде қолданылған имунофан препараты иммундық жүйедегі фагоцитарлық фактор көрсеткішінің қалыптасып, өзгергенін көрсетті.

Негізгі сөздер: Фракционалданған гамма-сәулелену, иммундық жүйе, иммундық протекторлер, сәулеленуден кейін ұзақ мерзім кезеңіндегі өзгерістер.

SUMMARY

INFLUENCE OF IMUNOFAN TO NON-SPECIFIC LINK OF IMMUNITY OF ORGANISM IN LATE PERIOD AFTER ACTION OF THE FRACTIONAL GAMMA-IRRADIATION

S.E. Uzbekova, B.A. Zhetpisbayev, A.K. Musaynova, D.E. Uzbekov, G.S. Shalgymbayeva

Semey State medical university

In the period after the fractional irradiation by gamma-rays indices of non-specific link immunity are slightly increased. Using of Imunofan as mean of immune-correction in the late period after the fractional gamma-irradiation allows change indices of the phagocytic factors of non-specific resistance of organism to side of normalization.

Key words: fractional gamma-irradiation, immune system, immune-protectors, late radiation effects.

УДК 616.517-002.3

Ж.Н. Нурмухамбетов¹, А.Ж. Нурмухамбетова², С.А. Богатова³¹Государственный медицинский университет города Семей,^{2,3}Клиника «Шипагер», г. Семей**ИСКУССТВЕННАЯ БИОКОЖА «ГИАМАТРИКС» В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ****Аннотация**

В работе представлены результаты лечения больных с трофическими язвами нижних конечностей с помощью искусственной биокожи «Гиаматрикс», созданной сотрудниками Оренбургского Государственного Университета на основе новых биотехнологических разработок. Проведенные исследования клинической эффективности лечения у 2 пациентов с хроническими долго незаживающими трофическими язвами, резистентными к различным методам терапии, показали очень высокие регенераторные качества данного препарата.

Ключевые слова: трофические язвы, биокожа «Гиаматрикс», терапия.

Трофическая язва представляет собой дефект кожного покрова и глублежащих тканей в результате нарушения трофики, возникающей вследствие хронических нарушений кровообращения конечности. Трофические язвы можно разделить на несколько групп в зависимости от первопричин, которые вызвали хроническое нарушение кровообращения в конечностях. Традиционно выделяют следующие виды трофических язв: трофические язвы венозного происхождения, артериальные трофические язвы, гипертонические язвы (синдром Мартореллы), нейротрофические язвы, диабетические язвы, пиогенные трофические язвы, трофические язвы, возникающие при различных системных заболеваниях: болезни крови, васкулиты, коллагенозы, метаболические синдромы и др.

Лечение длительно незаживающих ран и трофических язв нижних конечностей представляет собой одну из серьезных проблем практической медицины, что обусловлено недостаточной эффективностью большинства общепринятых методов лечения. Это обстоятельство может объяснить и обилие средств и методов, предложенных для лечения трофических язв [1,2,3]

По мере развития язвенного процесса нежизнеспособные ткани и гнойно-некротический субстрат благоприятствуют размножению патогенной микрофлоры, токсины которой подавляют реакцию местного иммунитета. Активные формы кислорода и продукты жизнедеятельности микроорганизмов также нарушают процесс заживления язвы. Основная трудность в лечении трофических язв нижних конечностей – удаление гнойного отделяемого и некротической ткани из раны.

Выбор программы лечения трофических язв зависит от нескольких параметров: от длительности существования и площади трофической язвы и стадии раневого процесса, от наличия осложнений (дерматит, рожистое воспаление и др.), существования сопутствующих заболеваний.

Разнообразные мази, гели, кремы и лосьоны традиционно любят пациенты. Тем не менее, стоит помнить, что проникновение лекарств в ткани через кожу затруднено и ограничено поверхностными слоями кожи. Также важно учитывать тот факт, что сенсбилизация кожных покровов при хронической венозной недостаточности делает чрезвычайно высокой вероятность развития как местных, так и системных аллергических реакций.

В последнее время на основе новых биотехнологических разработок интенсивно развивается тканевая и органная инженерия. Целью данного направления является создание органов и тканей на основе биоматериала. Сотрудниками Оренбургского Государственного Университета совместно с Оренбургской Государствен-

ной Медицинской Академией с помощью фотополимеризации гиалуроновой кислоты получен биоматериал в виде эластичной пластинки, который обладает оптимальными биоинженерными свойствами (эластичность, адгезия, достаточная механическая прочность). Для создания был выбран способ фотополимеризации с целью формирования боковых швов между линейными субъединицами гиалуроновой кислоты. Биопластический материал за счёт высокой гидрофильности адгезируется на поверхности раны, его структурное построение позволяет, претерпевая постепенный лизис, пролонгированно находиться в условиях раневого процесса. Биоматериал создаёт оптимальную внеклеточную среду для миграции и усиления митотической активности клеток за счёт соединения диффузионного обмена. Формирование регенерата и эпителизация раны происходит под покровом пластического материала центростремительно по мере его замещения [4,5,6].

Авторы изобретения считают, что биоматериал обладает качествами, выгодно отличающими его от лучших мировых аналогов: оптимальные биоинженерные свойства (эластичность, адгезия); не требует перевязок и удаления материала из раны; биоматериал способен рассасываться в ране по мере её заживления; удобство применения; обычные условия хранения и длительный срок годности.

Сферы применения искусственной биокожи «Гиаматрикс»: лечение ожогов и трофических язв различного генеза, пластика дефектов барабанной перепонки, а также косметология (восстановление клеточных кожных слоёв после процедур пилинга и дермабразии и косметическая маска с целью «омоложения» кожи).

Основным действующим компонентом является гиалуроновая кислота — основной межклеточный компонент кожи, обладающий уникальным свойством связывать и удерживать большое количество воды. В собственной коже содержится большое количество эластических и коллагеновых волокон, образующих сеть. В качестве своеобразного наполнителя выступает межклеточное вещество, которое включает гиалуроновую кислоту. С возрастом, когда её становится меньше, кожа теряет эластичность, появляются морщины.

Гиалуроновая кислота в косметологии используется давно, однако не во всех косметических средствах она в должной мере эффективна. Это объясняется трудностью преодоления эпидермального барьера и доставки гиалуроновой кислоты в глубокие слои кожи. Сегодня для таких целей применяется достаточно травмирующий инъекционный способ – мезотерапия, которая проводится в косметических салонах.

Препараты «Гиаматрикс» позволяют вводить гиалуроновую кислоту во внутренние слои кожи без применения уколов. Происходит это благодаря тому, что в этих средствах используется наноструктурированная гиалуроновая кислота с очень маленьким размером молекул. Благодаря таким малым размерам молекулы легко проникают в глубокие слои кожи, а имеющиеся в составе биокожи матричные пептиды, как бы «сшивающие» молекулы гиалуроновой кислоты и замедляющие процесс ее распада, позволяют закрепить и удерживать ее в коже как можно дольше.

Под нашим наблюдением находилось 2 пациентов с хроническими долго незаживающими трофическими язвами, резистентными к различным методам терапии.

Больная К., 55 лет, болеет в течение 2 лет. На коже средней трети голени имелась язва, с неровными краями размером примерно 3 см в диаметре. Дно язвы неровное, покрытое гнойно-геморрагическими корками. Общее состояние больной удовлетворительное. Из



Рисунок 1 а. Больная К. До лечения.

На язву был наложен свежий кусок биокожи. В дальнейшем постепенно, параллельно с рассасыванием биокожи, наблюдалось уменьшение размеров язвы. Примерно через 1,5 месяца от начала лечения наступила полная эпителизация и закрытие язвенного дефекта кожи.

Больной Л. 58 лет, болеет в течение 1 года. После прокола стопы гвоздем в области плюснефалангового сочленения началась микробная экзема. Неоднократное лечение амбулаторно и стационарно в ГКВД не увенчались успехом и спустя 5-6 месяцев образовались обширные язвы, которые постепенно прогрессировали с образованием довольно глубоких язвенных дефектов в области межпальцевых складок стоп с переходом на подошвенную и тыльную поверхность стопы. В результате проводимой терапии явления экзематозного процесса постепенно исчезли. Однако язвы, покрытые гнойно-геморрагическими корками и некротическим налетом, продолжались увеличиваться. Больной с диагнозом трофические язвы стопы был направлен на консультацию и лечение в хирургическое отделение. После тщательного обследования и консилиума больному был выставлен диагноз осте-

сопутствующих заболеваний отмечается сахарный диабет легкой степени.

Общий анализ крови: Нb - 125 г/л, Эр. - $4,05 \times 10^{12}/л$, Л - $11,5 \times 10^9/л$, с - 63%, э - 5%, л - 18%, м - 5%, СОЭ - 25 мм/ч. Общий анализ мочи без особенностей. Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л, белковые фракции: альбумины - 50%, глобулины: $\alpha 1$ - 1,4%, $\alpha 2$ - 7,2%, β - 12,8%, γ - 28,6%, тимоловая проба - 6,4 ед. сахар - 8,9.

Больной была применена биокожа «Гиаматрикс» следующим образом. На поверхность язвы накладывался кусочек биокожи, вырезанный по размеру язвы. Сверху наложена стерильная сухая повязка. При осмотре через неделю язва уменьшилась в размере, и на дне наблюдался влажный желтоватый налет, представлявший собой расплавленную биокожу. Через 5-6 дней данная влажная масса рассосалась, и дно язвы очистилось от налета (рис. 1 а, б).



Рисунок 1 б. Больная К. После лечения.

опороз костей стопы и рекомендована ампутация стопы выше язвенного дефекта. Больной отказался от предложенного лечения, занимался самолечением и в начале сентября обратился в клинику «Шипагер». При осмотре в области плюснефалангового сочленения во всех межпальцевых складках наблюдались глубокие язвенные дефекты с переходом на подошвенную и тыльную поверхность стопы. Дно язв было покрыто некротическим налетом и гнойно-геморрагическими корками со зловонным запахом. Больной предъявлял жалобы на сильные боли в области патологического процесса и общее недомогание.

Общий анализ крови: Нb - 125 г/л, Эр. - $4,05 \times 10^{12}/л$, Л - $11,5 \times 10^9/л$, с - 63%, э - 5%, л - 18%, м - 5%, СОЭ - 25 мм/ч. Общий анализ мочи без особенностей. Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л, белковые фракции: альбумины - 50%, глобулины: $\alpha 1$ - 1,4%, $\alpha 2$ - 7,2%, β - 12,8%, γ - 28,6%, тимоловая проба - 6,4 ед. сахар - 8,9.

Больному было проведено лечение с помощью биокожи «Гиаматрикс» по описанному выше методу, с той лишь разницей, что наложение свежих кусочков биокожи проводилось 3 раза за весь период лечения.



Рисунок 2, а. Больной Л. До лечения

Полная эпителизация и закрытие язвенных дефектов наступило к концу 2 месяца лечения. Обращает на себя внимание тот факт, что к концу терапии процессы регенерации тканей, эпителизации и закрытия язвенных дефектов были настолько мощными, что наблюдалось сращение пальцев в области основания (рис. 2, а,б). Следует отметить, что вновь образованная кожа в области межпальцевых складок у данного пожилого мужчины, с явлениями микоза стоп и онихомикоза, была гладкой и нежной, как у младенца. Представленный эффект от лечения биокожы «Гиаматрикс» у данного пациента наглядно иллюстрирует данные авторов изобретения о том, что пересаженные участки кожи выглядели моложе, улучшался цвет кожи, уходили морщины. Этот эстетический эффект и послужил толчком для применения «Гиаматрикса» в косметологии.

Литература:

1. Кириенко А.И., Богданец Л.И., Кузнецов А.Н. Новые возможности местного лечения венозных трофи-



Рисунок 2, б. Больной Л. После лечения

ческих язв // Вестник дерматологии и венерологии – 2000. - №3. - С.64-66

2. Кияшко В.А. Трофические язвы нижних конечностей // Русский медицинский журнал.-М.: Волга-Медиа, 2003.-Том 11, №4. - С. 221-225.

3. Dinh T.L., Veves A. Treatment of diabetic ulcers // Dermatol. Ther. – 2006. Vol. 19, №6. – P. 348-355.

4. Рахматуллин Р.Р., Бурлуцкая О.И., Адельшина Л.Р., Бурцева Т.И. Наноструктурированный материал «Гиаматрикс» // Врач. - 2011. - №5. – С. 22-24.

5. Рахматуллин Р.Р., Бурлуцкая О.И., Гильмутдинов Р.Г. и др. Применение биоматериала «Гиаматрикс» (Hyamatrix) в арсенале современных методов лечения ожогов и ожоговой болезни // Врач.-2011. - №12. – С. 44–46.

6. Рахматуллин Р.Р., Забиров Р.А., Акимов А.В., Гарифзянова С.М. Разработка наноструктурированного биопластического материала «Гиаматрикс» для ото- и ринохирургии // Российская оториноларингология. – 2011. - Том 53, № 4. - С. 128.-131.

Тұжырым

«ГИАМАТРИКС» ЖАСАНДЫ БИОТЕРІМЕН ТРОФИКАЛЫҚ ЖАРАНЫ ЕМДЕУ ӘСЕРІ

Ж.Н. Нұрмұхамбетов, А.Ж. Нұрмұхамбетова, С.А. Богатова
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.,
«Шипагер» клиникасы, Семей қ.

Осы жұмыста Оренбург мемлекеттік университетінің қызметкерлерімен жаңа биотехнологиялық өндеу негізінде жарыққа шығарған «Гиаматрикс» жасанды биотерімен трофикалық жаралары бар науқастарды емдеу нәтижелері көрсетілген. Ұзақ уақытқа дейін жазылмай жүрген созылмалы, басқа ем әдістеріне резистентті, трофикалық жаралары бар 2 ауруды емдеу осы препараттың өте жоғары регенераторлы қасиеті бар екенін көрсетті.

Негізгі сөздер: трофикалық жара, «Гиаматрикс» биотері, емдеу.

Summary

MANMADE BIOSKIN «HIAMATRIX» AT THE TREATMENT OF TROPHIC ULCERS

Zh.N. Nurmukhambetov, A.Zh. Nurmukhambetova, S.A. Bogatova
Semey State medical university,
Clinic «Shipager», Semey s.

The work reveals the results of treatment of people suffered from trophic ulcers of lower extremities with a help of bioskin «Hyamatrix» which was invented by scientists of Orenburg State University on the basis of biotechnological developments. Carried out researches of clinical effectiveness of the treatment of 2 patients with chronic unhealing trophic ulcers for a long period of time, resistible to various methods of therapy, showed high regenerative properties of the manmade bioskin.

Key words: трофические язвы, bioskin «Hyamatrix», treatment.

УДК 616.-097-022-036.22 (574.42)

М.Т. Жусупова

Павлодарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Павлодар

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ЭКИБАСТУЗСКОМ РЕГИОНЕ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ ЗА 2007-2011 гг.

Аннотация

По результатам дозорного эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в Экибастузском регионе за 2007-2011 гг. ВИЧ инфекция находится на начальной стадии. Распространенность ВИЧ-инфекции в группе инъекционных потребителей наркотиков составила 0%, ВГС - 73,5%.

Ключевые слова: дозорный эпидемиологический надзор, ВИЧ инфекция, уязвимая группа населения, потребители инъекционных наркотиков.

В Экибастузском регионе распространение ВИЧ-инфекции происходит преимущественно парентеральным путем при инъекционном употреблении наркотиков. Потребители инъекционных наркотиков (далее ПИН) тесно связаны между собой через многократные совместные инъекции в группах. Вследствие чего, попадание ВИЧ в популяцию ПИН приводит к быстрому распространению инфекции внутри сообщества. Поэтому данная группа рассматривается как одна из движущих сил эпидемии ВИЧ-инфекции, как в стране, так и в регионе [2]. Одним из методов для получения оценки эпидемиологической ситуации по ВИЧ, ВГС и сифилису в группе ПИН является дозорный эпидемиологический надзор.

Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) является одним из компонентов эпидемиологического надзора, наиболее подходящим для стран, таких как Казахстан, где эпидемия ВИЧ-инфекции сконцентрирована в определенных уязвимых группах населения (УГН).

Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан начал внедряться с 2003 года.

Целью ДЭН среди ПИН является изучение распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса среди ПИН, анализ факторов риска передачи ВИЧ-инфекции с целью разработки и внедрения профилактических программ и их оценки в этой группе [1].

Критерием отбора респондентов является употребление инъекционных наркотиков, хотя бы один раз, в течение 12 месяцев. Участие в исследовании было анонимным и добровольным, на основе информированного согласия респондента. Обязательно проводилось до и после тестовое консультирование всем ПИН, участвующим в ДЭН. Забор крови проводился методом сухой капли капиллярной крови на фильтровальные тест-карты. В ДЭН участвовало 200 респондентов.

Возрастной состав участников ДЭН варьировал от 18 до 49 лет, медиана возраста 32 года. В этой популяции по-прежнему преобладают мужчины – 78,5%, женщины в выборке составили 21,5%. В динамике наблюдается уменьшение доли женщин в популяции ПИН (рисунок 1).

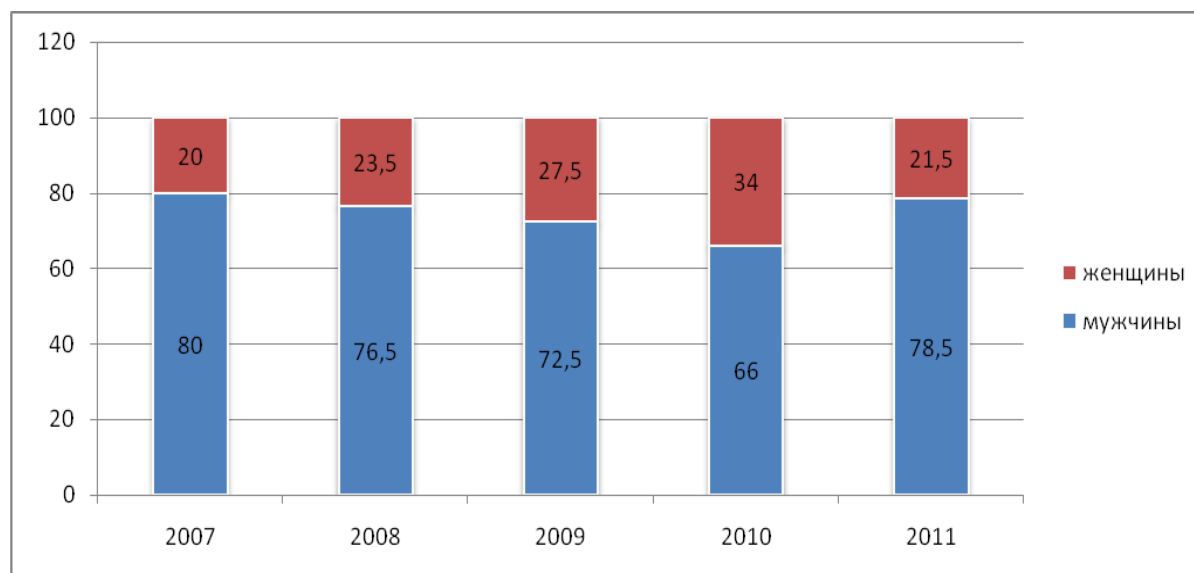


Рисунок 1. Доля женщин в популяции ПИН.

Состоят в браке только 23% респондентов, 5% ПИН имели высшее или незаконченное высшее образование.

40% ПИН нигде не работают и не учатся, в динамике отмечается увеличение числа ПИН работающих с

30,5% в 2007 году до 54,5% в 2011 году (рисунок 2). Не имели дохода за последний месяц 34,5% респондентов. Средний размер дохода среди его имевших составил 20105 тысяч тенге. По данным наркологической службы области состоит на учете 28% ПИН. За последний год

зарегистрировано у ПИН 13,5% случаев передозировок наркотическими веществами. 19,5% наркопотребителей находятся на учете в противотуберкулезной службе.

Распространенность ВИЧ-инфекции в группе инъекционных потребителей наркотиков составила 0% (0,5% - ДЭН 2008-2010г.г.), ВГС 73,5% (68% - ДЭН 2010), сифи-

лиса – 10,5% (6,5% - ДЭН 2010) (рисунок 3). Учитывая тот факт, что ВГС практически не передается половым путем, а сифилис – парентеральным, эти две инфекции являются дополнительными индикаторами, указывающими на рискованное инъекционное и половое поведение.

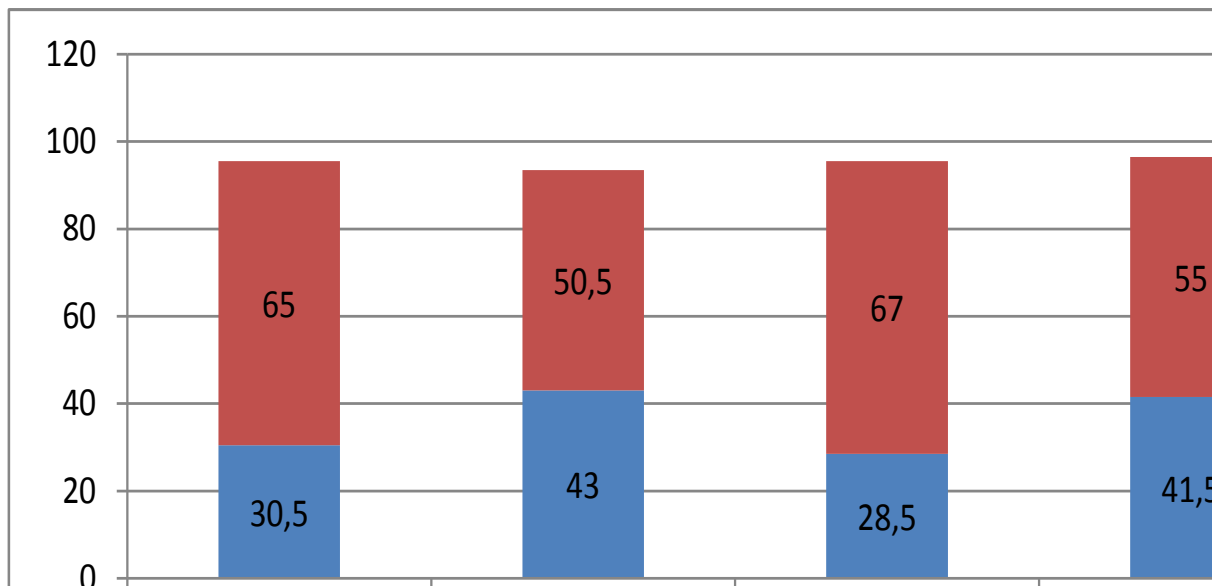


Рисунок 2. Социальный статус ПИН.

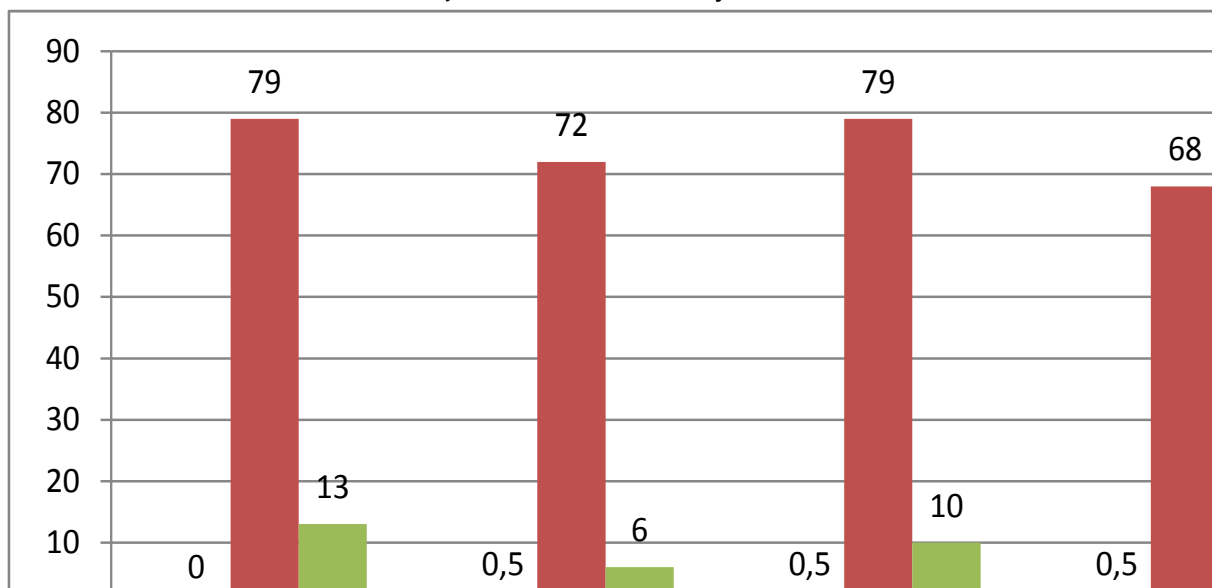


Рисунок 3. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС И сифилиса среди ПИН в динамике по годам.

Удельный вес ПИН, практикующих безопасное инъекционное поведение (не пользуется общим инъекционным инструментарием (в том числе готовыми растворами) в 2011 году составил 98%. Все это препятствует стабилизации развития эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе поскольку степень передачи ВИЧ среди ПИН зависит от степени использования ПИН нестерильного инъекционного инструментария (рисунок 4).

Распространенность опасных практик среди ПИН при совместном употреблении наркотиков с использованием общего инструментария и шприца, является дополнительным условием для большей передачи ВИЧ-инфекции в общую среду населения. Употребление

инъекционных наркотиков приводит к увеличению риска передачи ВИЧ и ВГС. Связь ВИЧ инфицирования и употребления инъекционных наркотиков (ВГС) свидетельствует о том, что ВИЧ до сих пор концентрируется среди ПИН и имеет больший потенциал передачи ВИЧ в общую популяцию.

Процент ПИН, которые правильно указали способы профилактики и пути передачи ВИЧ и в то же время отвергли основные неверные представления о передаче ВИЧ составил –78,2% (рисунок 5).

Показатель охвата профилактическими программами ПИН в Экибастузском регионе составил 78,5%.

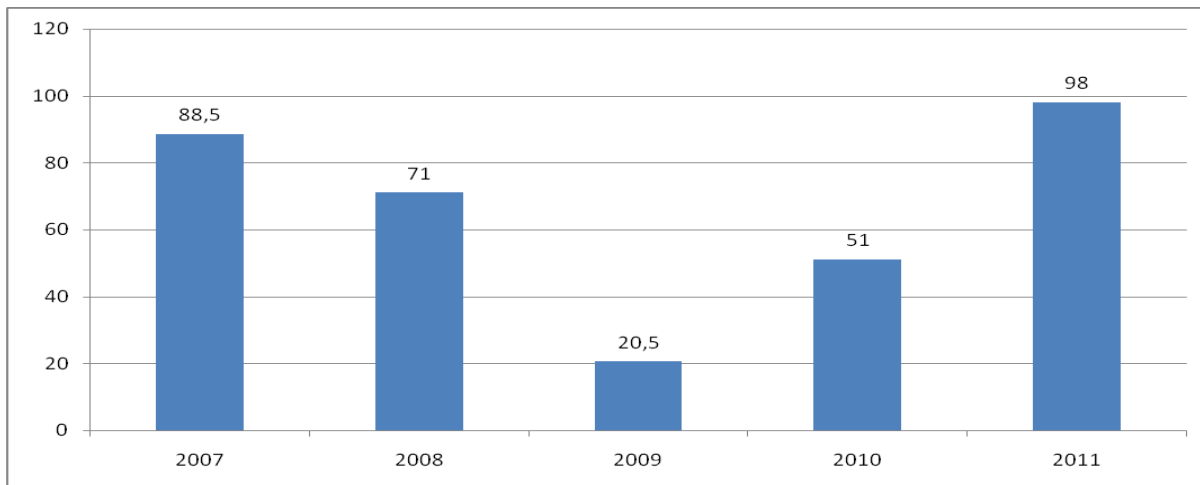


Рисунок 4. Процент ПИН, практикующих безопасное инъекционное поведение.

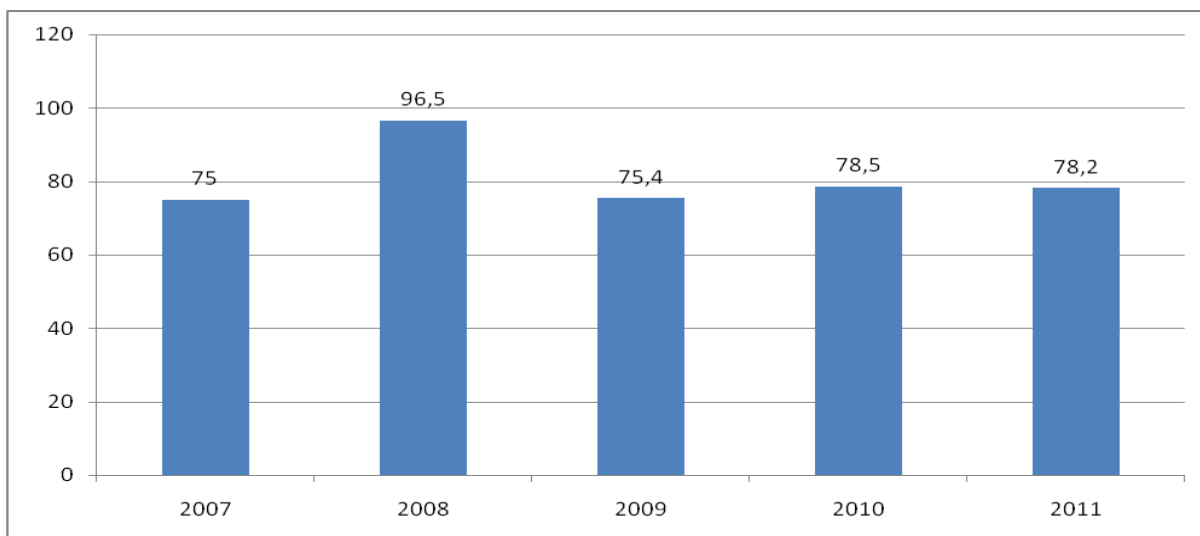


Рисунок 5. Процент знаний о путях передачи ВИЧ и правильно распознавших все мнимые источники заражения ВИЧ.

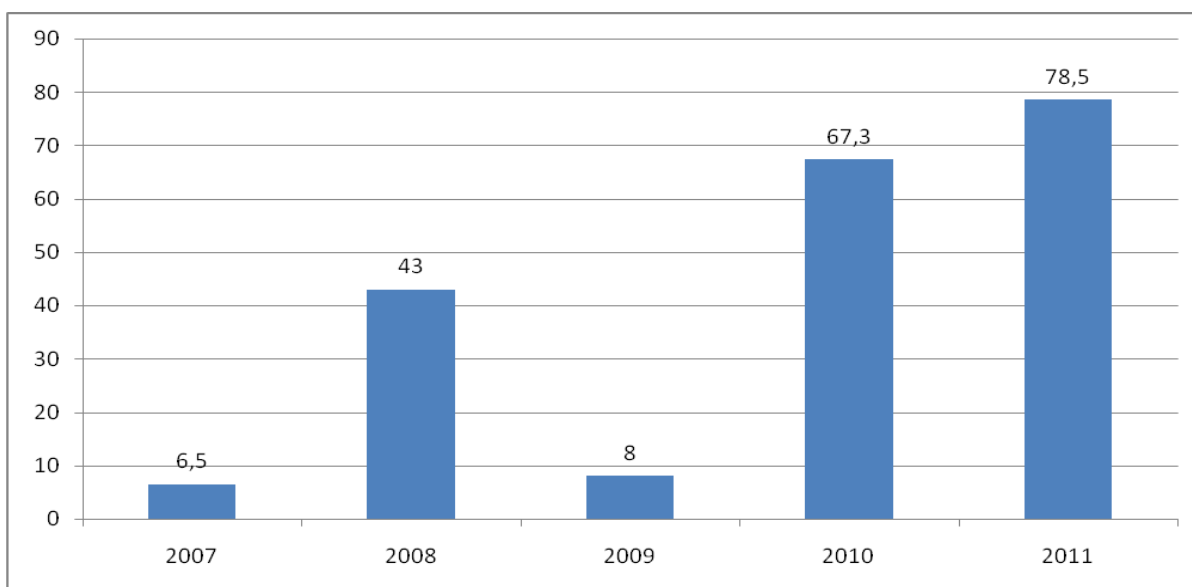


Рисунок 6. Процент ПИН, охваченных программами профилактики ВИЧ.

Учитывая факт, что инфицирование ВИЧ среди ПИН зависит от безопасного инъекционного и полового поведения, охват профилактическими вмешательствами этой группы можно назвать удовлетворительным (3).

Выводы:

1. Распространенность ВИЧ-инфекции в группе инъекционных потребителей наркотиков составила 0% (0,5% - ДЭН 2008-2010г.г.), ВГС 73,5% (68% - ДЭН 2010), сифилиса – 10,5% (6,5% - ДЭН 2010), соответственно эпидемия ВИЧ-инфекции в Экибастузском регионе находится на начальной стадии развития.

2. Были получены доказательства наличия связи инфицированности гепатитом С и стажем инъекционного употребления наркотиков, а также характеристикой сети инъекционного наркопотребления – среди ПИН в открытых сетях (куда входят случайные партнеры по инъекциям и т.д.), где распространенность гепатита С выше.

3. Осведомленность о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ оказывает влияние на опасность инъекционного поведения: хорошо осведомленные ПИН

практикуют опасное инъекционное поведение реже, чем не осведомленные.

4. Инъекционные наркопотребители – наиболее уязвимая группа заражения ВИЧ-инфекцией, так как основным фактором, способствующим широкому распространению ВИЧ-инфекции, остается опасное инъекционное поведение. Распространенность безопасного инъекционного поведения среди ПИН увеличилась с 51% в 2010 году до 98% в 2011 году.

5. Охват ПИН профилактическими мероприятиями увеличился с 67,3% (2010) до 78,5% (2011).

6. Продолжить выполнение профилактической работы по программе «Снижение вреда» в группе ПИН.

Литература:

1. Крюкова В.А., Ганина Л.Ю., Трумова З.Ж., Сапарбеков М.К. Основы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. - Алматы. – 2010. – 292 с.

2. Сапарбеков М.К. ВИЧ-инфекция (эпидемиологические и социальные аспекты). - Алматы. – 2008. - 192с.

3. Фесенко Ф.Ф., Имангазинов С.Б. ВИЧ/СПИД Павлодарские аспекты. – Павлодар. – 2003. – 196 с.

Тұжырым

2007--2011 жж. ЕКІБАСТҰЗ АЙМАҒЫНДА ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ЕСІРТКІ ТҰТЫНУШЫ НАШАҚОРЛАР АРАСЫНДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАДАҒАЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІ

М.Т. Жусупова

Павлодар облыстық ЖҚТБ-ның алдын алу және оған қарсы күрес орталығы

Екібастұз аймағында АҚТҚ жұқпасының эпидемиясы есірткі тұтынушы нашақорлар арасында 2007-2011 жылдарда эпидемиологиялық қадағалау нәтижесі бойынша АҚТҚ жұқпасы бастапқы сатыда. АҚТҚ жұқпасы есірткі тұтынушылар арасында таралуы 0%, вирустық гепатит «С» - 73,5% құрайды.

Негізгі сөздер: жекеуілдік эпидемиологиялық қадағалау, АҚТҚ жұқпасы, халықтың мұқат - тобы, есірткіні инъекция арқылы тұтынушылар.

Summary

THE RESULTS OF EPIDEMICAL SURVEILLANCE AMONG THE CONSUMERS OF INTRAVENOUS DRUGS IN EKIBASTUZ REGION DURING 2007-2011 YEARS

M. T. Zhusupova

Pavlodar regional centre for prevention and control of AIDS, Pavlodar

On results a patrol epidemiology supervision among the consumers of injection drugs Ekibastuz region after 2007-2011 years AIDS an infection is on the initial stage. Prevalence of - infections in the group of injection consumers of drugs made 0%, viral hepatitis With - 73,5%.

Key words: sentinel surveillance, HIV infection, vulnerable group of population, injecting drug users.

УДК 616.24.002+616.9-097

Л.В. Проскура

Павлодарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Павлодар

СОЧЕТАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Аннотация

Данная статья посвящена проблемам сочетанной инфекции ВИЧ и туберкулёз по материалам Павлодарского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Ключевые слова: сочетанная инфекция ВИЧ и туберкулёз, химиопрофилактика туберкулеза, больной СПИДом, антиретровирусная терапия.

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции и туберкулезу (ТБ) в Республике Казахстан остается напряженной, представляя собой реальную угрозу для здоровья населения. Если период с 1987 г. по 1996 г. был временем медленного распространения инфекции на территории республики, то со второй половины 1996 г. процесс приобрел характер эпидемии [1]. Среди ВИЧ-

инфицированных преобладают молодые люди в возрасте от 20 до 29 лет. Вместе с тем, последнее время отмечается регистрация случаев ВИЧ-инфекции у лиц пожилого возраста, причем, уже в продвинутой стадии. Неуклонно растет половой гетеросексуальный путь передачи ВИЧ. В 2005 г. произошел перекрест полового и парентерального путей передачи, и теперь половой

путь заражения преобладает над парентеральным. Таким образом, ВИЧ-инфекция сегодня вышла за рамки маргинальных групп населения.

Также с середины 90-х годов по всей стране наблюдается рост заболеваемости и смертности по туберкулезу. Обострение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в мире связывают со стремительным нарастанием масштабов пандемии ВИЧ-инфекции. Отсутствие надежных средств профилактики и лечения ВИЧ-инфекции позволяет отнести эту проблему к одной из самых актуальных на современном этапе. Высокая инфицированность микобактериями туберкулеза и быстрое распространение в той же среде ВИЧ-инфекции делают прогноз сочетанной инфекции крайне неблагоприятным.

Заболеваемость туберкулезом в Казахстане является одной из самых высоких в СНГ, поэтому ВИЧ-инфекция вносит свои коррективы в формирование эпидемического процесса в стране, снижает эффективность проводимых противотуберкулезных мероприятия [2]. ВИЧ-инфекция способствует переходу инфекции, вызванной микобактериями туберкулеза в активный туберкулез, как у лиц, инфицированных недавно, так и у лиц с латентной туберкулезной инфекцией. Для ВИЧ-инфицированных лиц с коинфекцией микобактериями туберкулеза риск развития активного туберкулеза составляет 5-10% в год, тогда как для людей, не инфицированных ВИЧ, риск равен 5-10% на протяжении всей жизни. Совершенно очевидно, что такое различие обусловлено иммунодефицитом, вызванным ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекция также повышает частоту рецидивов ТБ, которая может быть связана с эндогенной реактивацией или с экзогенной реинфекцией.

Туберкулез является одной из самых распространенных оппортунистических инфекций (ОИ) у ВИЧ-инфицированных пациентов, особенно в регионах с его высокой распространенностью. ВИЧ-инфекция резко повышает риск заражения ТБ от членов семьи и в сообществах. В больницах существует риск внутриболь-

ничного распространения ТБ и заражения, как пациентов, так и медицинского персонала. Кроме того, если пациенты не обеспечены эффективной и непрерывной противотуберкулезной терапией, это ведет к повышению распространенности полирезистентного ТБ.

Активный ТБ сам по себе вызывает некоторое снижение иммунитета, и в настоящее время остро вставшая проблема сочетанной инфекции «ВИЧ и туберкулез», усугубляет тяжесть течения ВИЧ-инфекции, вызывает быстрое прогрессирование в клиническую стадию СПИДа, значительно сокращает продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных. У пациента с позитивным ВИЧ-статусом наличие инфицированности микобактериями туберкулеза (МБТ) ускоряет репликацию ВИЧ. Исследования *in vitro* показывают, что туберкулез увеличивает скорость репликации ВИЧ до 160 раз.

Согласно многочисленным данным, среди ВИЧ-позитивных около 46% страдают туберкулезом, и, в среднем, 36% смертей ВИЧ-инфицированных обусловлены туберкулезной инфекцией.

Целью настоящего исследования является анализ сочетанного течения туберкулеза и ВИЧ-инфекции по материалам Павлодарского областного центра профилактики и борьбы со СПИД.

По состоянию на 01.11.2012 года в Павлодарской области нарастающим итогом зарегистрирован 1871 случай ВИЧ-инфекции. Показатель инфицированности составил 187,9 на сто тысяч населения.

Из числа всех зарегистрированных ВИЧ-инфицированных туберкулез выявлен в 479 случаях (25,6%). Нарастающим итогом на 01.11.2012 г. из них умерло уже 280 пациентов, что составило 57,1% от всех умерших ВИЧ-инфицированных. Туберкулез явился непосредственной причиной смерти у 235 лиц с сочетанной инфекцией, что составило 48 % от всех умерших ВИЧ-инфицированных.

В то же время, в последние несколько лет отмечается некоторая стабилизация регистрации туберкулеза у ВИЧ-инфицированных (таблица 1).

Таблица 1.

Регистрация случаев туберкулеза у ВИЧ-инфицированных по годам.

Годы	1996-1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Случаи ТБ	-	1	10	16	21	23	26	28	32	39	43	56	68	66

В 2012 году за 10 месяцев туберкулез выявлен у 50 ВИЧ-инфицированных, из них 36 (72%) – потребители инъекционных наркотиков.

Из 50 впервые выявленных пациентов у двенадцати больных, т. е., у каждого четвертого ВИЧ-инфекция была выявлена одновременно с туберкулезом - уже в продвинутой стадии.

За 10 месяцев 2012 года умерло 42 пациента с сочетанной инфекцией ВИЧ+ТБ. Из них 30 (71,4%) имели IV клиническую стадию ВИЧ-инфекции. Туберкулезная инфекция явилась непосредственной причиной смерти у 28 пациентов (66,7%) .

Двойная комбинация ВИЧ-инфекции и туберкулеза изменяет естественное течение обоих заболеваний, в связи с чем, существуют определенные трудности диагностики туберкулеза, протекающего на фоне ВИЧ/СПИДа. Они связаны, в первую очередь, с трудностями раннего распознавания туберкулеза из-за сходства клинической симптоматики этих двух заболеваний. Основными клиническими проявлениями туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции являются астения, постоянная или интермиттирующая лихорадка, длительный кашель, значительное снижение массы тела, диарея. На ранней стадии ВИЧ-инфекции легочный туберкулез характери-

зуется локализованными поражениями, стертой малосимптомной клиникой, а на поздних стадиях болезни отмечаются интоксикация, обширные поражения легких с генерализацией процесса. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных нередко сочетается с бактериальной пневмонией (20%), что также затрудняет диагностику и задерживает начало адекватного лечения. При этом бактериальная пневмония не является обычным осложнением туберкулеза, а служит причиной его прогрессирования.

Трудность диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, кроме всего указанного, связана с абациллярностью мокроты и другого отделяемого. За 10 месяцев 2012 года отрицательные результаты бактериоскопического исследования мокроты на микобактерии туберкулеза были зарегистрированы в половине случаев. Изучение клинических форм среди выявленных контингентов больных показало, что чаще всего был диагностирован инфильтративный туберкулез – в 64% случаев. Другие формы легочного и внелегочного ТБ колебались с частотой от двух до шести процентов.

Большое значение в решении проблем сочетанной инфекции «ВИЧ и ТБ» играет антиретровирусная терапия (АРТ). По данным литературы, АРТ до 80% умень-

шает вероятность развития ТБ в странах имеющих как высокое, так и низкое бремя ТБ. Также, до 80% АРТ уменьшает число рецидивов ТБ. В настоящее время антиретровирусные препараты получают 25% ВИЧ-инфицированных, состоящих на учете в нашем Центре и находящихся на противотуберкулезном лечении. Низкий процент применения данного лечения у ВИЧ-инфицированных, страдающих активным туберкулезом, объясняется большими сложностями сочетания противотуберкулезного лечения и АРТ.

Собственный опыт назначения антиретровирусной терапии больным активным туберкулезом подтверждает правоту Национальных рекомендаций и Клинического протокола для европейского региона ВОЗ о достаточно большом количестве проблем, возникающих при назначении антиретровирусной терапии одновременно с противотуберкулезной.

Отложенное назначение АРТ по отношению к противотуберкулезному лечению позволяет:

- упростить лечение;
- избежать взаимодействия противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов;
- избежать суммирования побочных эффектов;
- снизить риск воспалительного синдрома восстановления иммунитета (ВСВИ);
- свести к минимуму вероятность того, что пациент может перепутать, какой препарат нужно принять и когда;
- повысить уровень приверженности к лечению [3].

Кроме того, наличие наркотической, алкогольной зависимостей и асоциальный образ жизни многих пациентов препятствуют формированию должной приверженности к лечению туберкулеза и ВИЧ-инфекции и способствует формированию устойчивых форм туберкулеза и ВИЧ. Пациенты, получающие противотуберкулезное лечение, особенно препаратами второго ряда, отказываются от АРВТ, ссылаясь на плохую переносимость препаратов.

Большая роль в предупреждении развития туберкулеза у ВИЧ-инфицированных отводится химиопрофилактике изониазидом, которая, в соответствии с Программой противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа, проводится в республике с 2008 г. По данным литературы назначение изониазида ВИЧ-инфицированным с целью нивелирования скрытой туберкулезной инфекции, снижает заболеваемость туберкулезом в данной популяции в три раза.

Из 38 ВИЧ-инфицированных, взятых на учет по поводу ВИЧ-инфекции до 2012 г. и заболевших туберкулезом в 2012 году, химиопрофилактика ТБ изониазидом назначалась девятерым пациентам (23,7%) при взятии их на диспансерный учет по поводу ВИЧ-инфекции. Но при отсутствии в республике контролируемого приема противотуберкулезного препарата, назначаемого с профилактической целью, анализ эффективности химиопрофилактики необъективен, а бесконтрольный прием изониазида может способствовать формированию ятрогенной резистентности. Региональные Центры СПИД не имеют в своих штатах химизатора, способного контролировать прием пациентами изониазида. Думается, изобретать здесь ничего нового не нужно, а надо позаимствовать опыт противотуберкулезной службы и передать обеспечение ВИЧ-инфицированных химиопрофилактикой туберкулеза учреждениям первичной медико-санитарной помощи в лице химизаторов, осуществляющих непосредственно контролируемое противотуберкулезное лечение (НКЛ) туберкулезных больных в амбулаторных условиях.

Выводы:

1. В нашем регионе туберкулез занимает первое место среди оппортунистических заболеваний и составляет 25,6% от общего числа зарегистрированных ВИЧ-инфицированных.

2. Туберкулез является одной из основных причин смертности ВИЧ-инфицированных (48%).

3. С целью снижения заболеваемости ВИЧ-инфицированных туберкулезом и для снижения смертности больных с сочетанной инфекцией необходимо совершенствование методов диагностики и медицинской помощи, в том числе, разработка рациональных методов химиопрофилактики (непосредственно контролируемая профилактика) и расширение применения АРТ у больных с коинфекцией.

Литература:

1. Сапарбеков М. К., Шуратов И. Х., Чакликов Т. Е. и др. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции в Казахстане.- Алматы, 2000 – 176 с.

2. Исмаилов Ш.Ш., Аленова А. Х., Чакликов Т. Е., Трумова Ж. З. ВИЧ-инфекция и туберкулез в Республике Казахстан // Проблемы туберкулеза. – 2001, №5.- С. 36-39.

3. Клинический протокол для европейского региона ВОЗ «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией».

Тұжырым

ТҮБІРКҮЛЕЗ ЖӘНЕ АИТВ-ЖҰҚПАСЫНЫҢ ҚОСАРЛАНУЫ

Л.В. Проскура

Павлодар облыстық ЖҚТБ-ның алдын алу және оған қарсы күрес орталығы

Бұл мақала Павлодар ЖҚТБ ОО-ның материалдары бойынша АИТВ + Түбіркүлез қосалқы жұқпасы мәселесі жөнінде.

Негізгі сөздер: АИТВ + түбіркүлез қос жұқпа, түбіркүлездің химиялық алдын алу, ЖИТС-пен ауратын науқас, ретровирусқа қарсы терапия

Summary

CO-INFECTION OF BOTH AIDS AND TUBERCULOSIS

L.V. Proskura

Pavlodar regional centre for prevention and control of AIDS

This article is about the problems of doubled infection of both AIDS and tuberculosis based on the materials of Pavlodar oblast AIDS centre.

Key words: doubled infection of both AIDS and tuberculosis, tuberculosis chemoprophylaxis, AIDS patient, antiretroviral therapies.

ӘӨЖ 616.72 053.2 -08 039.71

Қ. Құнанбай¹, А.К. Қаирбеков², С.Б. Сламжанова³, Р.Р. Олжаева⁴, Е.Оразбеков⁵, А.Р. Сұраншиева⁶

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

^{1,2,5,6} Клиникалық фармакология, ЕДШ және физиотерапия кафедрасы,³ Фармакология кафедрасы,⁴ Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.

БУЫН АУРУЛАРЫН ӨСІМДІК ТЕКТЕС ДӘРІЛІК ЗАТТАРМЕН ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Тұжырым

Қарт адамдардағы буын аурулары емдеуде сарғыш маклюра тұнбасының тиімділігі мен қауіпсіздігі зерттелді. Аталған тұнбаның артықшылығы: қысқы уақыт аралығында тиімді емдік нәтиже көрсетіп, буын аурулары бар науқастардың жағдайын жақсартты.

Түйінді сөздер: маклюра, амин қышқылдары, хроматография, тиімділік.

Тақырыптың өзектілігі: Әлемдік мәліметтерге сүйенсек жер бетіндегі 50 жастан асқан қарт адамдардың 80% буын ауруларынан зардап шегеді. Қазақстанда 40 жастан асқан адамдардың 70% буын ауруларына шалдыққан. Соңғы уақытта буын аурулары жиі кездесетін патологиялық үрдіске айналды. Созылмалы, ұзақ ауыру сезімі, еңбекке қабілеттіліктің төмендеуі, өз-өзіне қызмет көрсетудің шектелуі, өмір сапасының нашарлауы медициналық-әлеуметтік күрделі мәселе.

Зерттеу мақсаты: сарғыш маклюра жемісі мен жоңғар акониті тамырынан жасалған өнімдерді буын ауруларын емдеуде қолдану, өсімдіктердің ерекшелігіне байланысты амин қышқылының сандық түрін анықтап, болашақ зерттеуге бастама жасау.

Зерттеу әдісі: Нозологиясы бірдей барлығы 10 науқас зерттелді. Оның ішінде жастары 66±15 сәйкес. Зерттелушілердің 5 немесе 50%-ы ер адам, ал 5 немесе 50%-ы әйел адам болып келеді.

Емдеу тәсілі: Амбулаториялық жағдайда буын аурулары бар науқастар таңдап алынды. Емдеу зерттеу барысында дәріхана жағдайында жасалған құрамы флавоноидтардан тұратын сарғыш маклюра жемісі мен жоңғар акониті тамырынан жасалған тұнба қолданылды. Сарғыш маклюра (лат. *Maclura pomifera*) жемісінен тұнба жасау әдісі: жемісін бөліктерге бөліп 50% спирт құйып, аузы тығыздап жабылатын ыдыспен тұндырылды. Қолданысқа дайындағаннан кейін 6-10 күннен кейін пайдаланылды. Науқастар ауырған буынына жергілікті компресс түрінде қолданды [1,2].

Жоңғар аконитінен (*Aconitum soongoricum*) тұнба жасау әдісі: 20 грамм тамырын үгітіп 40% - 200 мл спиртке араластырылып, 2 апта тұндырылды. Сүзіліп тұнба жасалды. Жергілікті сүртпе әдісімен қолданылды.

Зерттеу нәтижесі: Зерттеуге алынған 10 науқастың 8-і сарғыш маклюра жемісінен жасалған тұнбаны қолдану барысында ауру сезімінің азайып, қимыл-қозғалыс шектелуінің төмендеп, жағдайының жақсаруын айтады. Ал жоңғар аконитінен жасалған тұнбаны қолдану барысында жағдайларының жақсаруы 5 науқаста байқалды. Алайда 3 науқас қолдану кезінде қышыну, терінің құрғауы сияқты жанама әсерлерін көрсетті [3,4].

Шешім: Сарғыш маклюра жемісінен жасалған тұнба емдік қасиет көрсетті. Жоңғар аконитінен жасалған тұнба улы қасиетінің жоғары болуына байланысты, зерттеуден шектетілді. Зерттеу жұмысы ары қарай сарғыш маклюра жемісінің амин қышқылдарының сандық түрін анықтап, болашақ зерттеуге бастама жасалмақшы. Бұл зерттеудің негізгі нысаны ретінде

Қазақстанның оңтүстік аймағы, Шымкент бақтарында өсетін сарғыш түсті маклюра жемісі алынды [5-6]. Сарғыш маклюра - екіжүйлі жапырақ тәрізді, биіктігі 20 метр болатын, тікенекті бұтағы бар ағаш. Жапырақтары спираль тәрізді орналасқан, өткірұшты болып аяқталады. Гүлі сырға тәрізді болып келеді. Жемісі – шартәрізді, әжімдік қатпарлы, сары-жасыл түсті, апельсин тәрізді болады, бірақ жеуге жарамсыз. Жемісі қазан айында піседі [7-8].

Жүйелік бөлім	Magnoliophyta
Класы	Magnoliopsida
Реті	Urticales
Тұқымдастығы	Moraceae
Туыстастығы	Maclura
Түрі pomifera (Raf.)	C.K. Schneid

Маклюра жылы, тропикалық аймақтарда – Солтүстік Америкада, Азияда, Африкада, Қырымда, Орта Азия мен Кавказда, ал Қазақстанда қалалық жайларда (Алматы, Шымкент) кездеседі [9-10].

Маклюра туыстастығына жататын өсімдіктер құрамы фенолкарбон қышқылы, флавоноидтар, изофлавоноидтар тобына жататын фенолдық байланыс кешенін құрайды. Сонымен қатар тритерпеноидты гликозидтер, көмірсулар, амин қышқылдары, май қышқылдары, алкалоидтар анықталды [11-12]. Фитотерапия тәжірибесінде өсімдік жемісін обыр ауруында, жүрек-қантамыр жүйесі ауруларында, гинекологиялық ауруларда, сонымен қатар жара, ауру сезімін басу, буын ауруларында және жалпы қорғаныс жүйесін күшейту үшін қолданылады [13,14,15]. Зерттеу әдісі: сарғыш маклюра жемісінің амин қышқылының сандық көрсеткішін анықтау үшін 1:15 қатынасындай шикізаттан сулық бөлігі бөлініп алынды. Бұл үшін 1 грамм шикізатқа 15 миллилитр су құйып, алынған сұйықтықты қайнаған сулық моншаға 20 минут қайнатып, қолбаға құйылып тоңазытқышқа қойылды. Нингидриндік реакция жүргізілді. Бұл үшін алынған сулық бөлікке 0,1% жаңа дайындалған нингидрин қосып сулық моншада қайнатылып, қайта суытылды. Суыту барысында сұйықтықтың қызыл - қоңыр түске боялуы амин қышқылдарының бар екендігін көрсетеді [16]. Алынған сулық бөліктің екінші жартысын фарфор ыдысқа құйып, қайнаған сулық моншаға қою қалдығы қалғанға дейін қайнатылады. Осы қалдық бөлікті 5 миллилитр суға қайта ерітіп хроматографиялық қағазға 0,05 миллилитр көлемінде жағылды. Амин қышқылдарын хроматографиялық анықтау үшін FILTRAK FN-4 жүйесінде н бутанол- сірке қышқылы- су (4:1:2) ерітінділері қағазға қолданылды. Стандартты ерітінді ретінде 0,1 н хлорсутегінің ерітіндісіндегі

алмастырылатын және алмастырылмайтын амин қышқылдары таңдалынып алынды [17].

Хроматограммада амин қышқылдарын анықтау үшін 0,1% нингидрин ерітіндісімен өңдеп, құрғақ шкафта 100-105 °С әлсіз қызғылт түсті дақ пайда болғанша қыздырылды. Осындай жолмен шикізаттан 20 бос амин қышқылы анықталды [18]. Жалпы сарғыш маклюраның амин қышқылдар саны: изотин (0,88%), лизин (0,86%) және DL- лейцин (0,86%), барлығы 14,05%.

Қорытынды: Сарғыш маклюраның буын ауруларын емдеуде тиімділігі жоғары болғандығы, құрамында бос амин қышқылдары мол екені айқындалды. Жапон ғалымдары бос амин қышқылдарының сандық көрінісін білу болашақта мидың қатерлі ісіктерін емдеуге қолдануға болатынына болжам жасап отыр, осы бағытта жұмысты жалғастырудың маңызы зор.

Әдебиеттер:

1. Болезни суставов. Лучшие методы лечения: - Санкт-Петербург, Вектор, - 2008. - 128 с.
2. Болезни суставов: - Москва, Специальная литература, -2000. -408 с.
3. Мазуров В.И., Барановский А.Ю., Лиля А.М., Зоткин Е.М. Лечение и профилактика болезней суставов. - Санкт-Петербург, Диалект. - 2006. - 322 с.
4. Заболотных И.И. Болезни суставов. Москва, Специальная литература. - 2009. - 256 с.
5. Атлас ареалов и ресурсов лекарственных растений Казахстана. - Алматы: Ғылым, 1994. - 200 с.
6. Головкин Б.Н., Руденская Р.Н., Трофимова И.А., Шретер А.И. Биологические активные вещества растительного происхождения // Наука. - 2001, №5, - 240 с.

7. Копытько Я.Ф., Костенникова З.П., Тимохина Е.А. // Фармация. - 1997, №6. - С. 31-34.

8. Пронченко Т.Е. Лекарственные растительные средства. - М.: ГЭОТАР-Мед. - 2002. - 285 с.

9. Кисличенко В.С., Ярошенко В.В., Кузнецова А.О. // Мед. химия. - 2007, Т.9, №3. - С. 109-111.

10. Кисличенко В.С., Вельма В.В. // Химия природ, соед. - 2006, №1. - С. 98.

11. Дьяконова Я.В., Кисличенко В.С., Самородов В.М., Поспелов С.В. // Мед химия. - 2007, №3. - С. 97-99.

12. Байтенов М.С., Васильева А.Н., Рамаюнова А.П. Иллюстрированный определитель растений Казахстана / М.С. Байтенов, А.Н. Васильева, А.П. Рамаюнова // Алма-Ата: Наука. - 1972, Т.II. - 489 с.

13. Рахматуллаева М.М., Аминов С.Н. // Pharmatsevtika J. - 2005, №2. - С. 25-28.

14. Сбежнева В.Г., Югин В.А. Природные полиацетилены в лечении злокачественных новообразований и пострадиационных поражений // 5-й (юбилейная) Международ. конф. "Фитотерапия и новые технологии. 21-й век", - Пятигорск, 2004. - С. 72.

15. Степанов Ю.М., Кононов А.П., Журбина А.И. и др. // Журн. АМН Украины. - 2004. - Т.10, №2. - С. 339-351.

16. Фарманова Н.Т., Урманова Ф.Ф., Комилов Х.М. // Pharmatsevtika J. - 2005, №1. - С. 13-15.

17. Шилова И.В., Краснов Е.А., Барановская И.В. и др. // Хим.-фарм. журн. - 2002. - Т. 36, №11. - С. 36-38.

18. Ohlson M., Nordin A., Nasholm T. (1995) Accumulation of amino acids in forest plants in relation to ecological amplitude and nitrogen supply. Functional Ecology 9, 596-605. Contact: Ohlson, M.; Dep. Biol. Nature Conservation, Agric. Univ. Norway, PO Box 5014, N-1432 As, Norway.

Резюме

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ

К. Кунанбай¹, А.К. Каирбеков², С.Б. Сламжанова³, Р.Р. Олжаева⁴, Е. Оразбеков⁵, А.Р. Сураншиева⁶

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

^{1,2,5,6} **Кафедра клинической фармакологии, ЛФК и физиотерапии,**

³**Кафедра фармакологии,**

⁴**Государственный медицинский университет города Семей**

Изучена эффективность и безопасность настойки маклюры оранжевой при лечении заболевания суставов у больных пожилого возраста. Преимущество настойки маклюры - за короткое время проявляет выраженный лечебный эффект, улучшает состояние больных с заболеваниями суставов.

Ключевые слова: маклюра, аминокислоты, хроматография, эффективность.

Summary

FIRST RESULTS TREATMENT ARTHRAL ILLNESS WITH FITOTERAPIEY

K. Kunanbai¹, A.K. Kairbekov², S.B. Slamzhanova³, R.R. Olzhayeva⁴, E. Orazbekov⁵, A.R. Suranchyeva⁶

Kazakh National Medical University of name S.D. Asfendiyarov

^{1,2,5,6}**Department of clinical pharmacology, LFK and physiotherapy,**

³**Department of pharmacology,**

⁴**State medical university of Semey**

Going near the question of treatment of elderly patients, we studied efficiency and safety of tincture of maklyury orange in treatment arthral illness for the patients of superannuated. By important advantage of tincture of maklyury after brief a term is shown by a khoroshyy effect, helps sick with arthral illnesses.

Key words: maklyura, amino acid, chromatography, efficiency.

УДК 613.25-578.262.4

Г.К. Абаева¹, С.А. Коробаева², И.В. Тюкова³, Н.Р. Искакова⁴, Р.М. Жумамбаева⁵^{1,2} КГКП «Городская больница №2», ^{3,4} КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей⁵ Государственный медицинский университет города Семей.

АГРЕГАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Аннотация

Изучение влияния лучей лазера на агрегационные свойства эритроцитов по методу Ашкинази у больных с метаболическим синдромом позволило выявить снижение степени агрегации эритроцитов, что указывает на улучшение реологических свойств крови. Наряду с этим отмечен положительный эффект лазера на показатели липидного обмена.

Ключевые слова: агрегация эритроцитов, липидный спектр крови, метаболический синдром, агрегация эритроцитов по И.А.Ашкинази, инфракрасные лучи лазера, холестерин и триглицериды, протромбиновый индекс, протромбиновое время.

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» /МС/.

Охарактеризовать его можно как набор изменений в организме, приводящих к глубокому нарушению обмена веществ. Впервые на данную проблему обратил внимание профессор Равен в 1988 году и предложил назвать ее синдромом Х. Ученый провел собственные исследования и доказал, что сочетание ожирения, гипертонии, повышенного уровня холестерина и сахара в крови – кратчайший путь к инфаркту и инсульту. Метаболический синдром – очень частое клиническое проявление, в среднем он встречается у каждого пятого среди взрослого населения развитых стран [4,5]. При этом частота МС с незначительным отставанием параллельна распространенности ожирения в популяции; наиболее уязвимыми этническими группами являются латиноамериканцы и выходцы из индийского субконтинента. МС чаще встречается у мужчин, у женщин его частота возрастает в постменопаузальном периоде (6,8,9). Больные с метаболическим синдромом, как правило, обращаются за медицинской помощью по поводу артериальной гипертонии, сахарного диабета 2 типа или ишемической болезни сердца, и поэтому оказываются в поле зрения врачей различных специальностей: терапевтов, кардиологов, эндокринологов. (1,3)

Согласно критериям, разработанным в 2001 году комитетом экспертов Национальной образовательной программы по холестерину (NCEP ATPIII), 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). Пусковым моментом в патогенезе МС является инсулинрезистентность 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 обра-

за 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. Как известно, гиперинсулинемия приводит к нарушению фибринолитической активности крови, способствуя агрегации эритроцитов. Изобретение лазеров, принципиально новых источников когерентного монохроматического светового излучения, определило новое направление в медицине – лазерную терапию. В последние годы доказано влияние лазера на активизацию микроциркуляции крови, реологические свойства крови (антикоагуляционный эффект, повышение фибринолитической активности крови, на агрегацию эритроцитов). Однако, существующие способы контроля за этими показателями зачастую являются дорогостоящими и трудоёмкими.

В начале 70-х годов исследователем И.Я.Ашкинази была разработана методика количественного определения агрегации эритроцитов *in vitro*, позволяющая одновременно оценить визуально величину и форму отдельных агрегатов [2]. В основу её положены наблюдения (Inqesetteial, 1967), касающиеся способности плазмы «фиксировать» образовавшиеся агрегаты.

Учитывая механизм реализации биологического эффекта лучей лазера представляет интерес изучить влияние его на липидный спектр и агрегационные свойства эритроцитов у больных с метаболическим синдромом.

Обследовано 26 женщин в возрасте 45-65 лет с МС куда входили пациенты с диагнозом ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, с абдоминальным типом ожирения. Вес больных в среднем составлял $113,5 \pm 5,0$ кг. Все больные, наряду с комплексной медикаментозной терапией соблюдали низкокалорийную диету до 3-5 гр. соли в сутки, с оптимальным содержанием белка, витаминов, минеральных веществ, ограничивали прием жидкости до 1-1,5 л в сутки, пищу содержащую жиры, особенно животного происхождения. Один раз в неделю устраивался разгрузочный день, легкие физические нагрузки и прием препарата вазелина по 10 мг в сутки.

По методу Ашкинази, изучались агрегационные свойства эритроцитов протромбиновый индекс, про-

тромбиновое время, время свертывания крови. и липидный спектр. до и после лечения

Из 26 больных 12 в течение 10 дней по 45 минут проводили облучение рефлексогенных зон инфракрасными лучами лазера с помощью аппарата «Узор», Контрольная группа состояла из 14 человек получавших традиционную медикаментозную терапию

При анализе полученных данных выявлено, что у всех обследованных нами больных с МС имело место повышение агрегации эритроцитов (50% больных имели 111 степень агрегации 30% - 11ст и 20% - 4-ю ст агрегации) У всех больных протромбиновый индекс был увеличен, протромбиновое время и время свертывания крови снижены

Результаты исследования липидного спектра показали что уровень общего холестерина в среднем по группе составил $6,3 \pm 0,2$ ммоль/л триглицеридов $1,9 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПВП $0,94 \pm 0,05$ ммоль/л

На 10-Й ДЕНЬ у 85% больных ПОЛУЧАВШИХ лазеротерапию имело место снижение протромбинового индекса, повышение показателей протромбинового времени и времени свертывания крови.

Снижение степени агрегации было на 40% причем наибольшее снижение (56%) наблюдалось у больных с 111 степенью агрегации в то время как у больных не получавших лазеротерапию положительная динамика отмечалась лишь в 18% случаев. Вес больных в среднем по группе снизился со $113,5 \pm 5,0$ кг до $109,7 \pm 5,0$ кг., у 5 человек снижение веса не наблюдалось. Снижение веса сопровождалось улучшением липидного обмена: Снижение уровня холестерина и триглицеридов в крови у пациентов получавших лазеротерапию наблюдалось к концу 2-й недели пребывания больных в стационаре При этом уровень общего холестерина в среднем по группе снизился с $6,3 \pm 0,2$ ммоль/л до $5,7 \pm 0,1$ ммоль/л., триглицеридов с $1,9 \pm 0,2$ до $1,3 \pm 0,5$ ммоль/л. а ЛПВП повысился с $0,94 \pm 0,05$ ммоль/л до $1,2 \pm 0,07$ ммоль/л. В контрольной группе положительная динамика этих показателей была лишь к концу лечения их в стационаре так холестерин снизился на 20-й день с $6,3 \pm 0,2$ ммоль/л до $5,9 \pm 0,1$ ммоль/л., триглицериды с

$1,9 \pm 0,2$ до $1,7 \pm 0,5$ ммоль/л., а ЛПВП повысились с $0,94 \pm 0,05$ ммоль/л до $1,0 \pm 0,07$ ммоль/л.

Таким образом, при метаболическом синдроме имеет место повышение агрегации эритроцитов и повышение уровня холестерина и триглицеридов. Использование лазеротерапии у больных с метаболическим синдромом ведет к снижению уровня холестерина и триглицеридов крови, снижению степени агрегации эритроцитов, снижению протромбинового индекса, повышению показателей протромбинового времени и времени свертывания крови, что указывает на улучшение липидного обмена и реологических свойств крови. Способ определения агрегации эритроцитов по И.Я.Ашкинази ввиду его доступности может быть широко использован в клинической практике врача

Литература:

1. Алмазов В.А., Благодосклонная Я.Б., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Роль абдоминального ожирения в патогенезе синдрома инсулинорезистентности. Терапевтический архив 1999;10:18–22
2. Ашкинази И.Я Агрегация эритроцитов и тромбопластинообразование. Блок экологии и медицины. – 1972, Т.2. - С. 28-31.
3. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Возможности лечения сахарного диабета 2 типа на современном этапе // Русский медицинский журнал.– 2002. - Т.10, №11. – С. 496–502.
4. Daskalopoulou S.S., Mikhailidis D.P., Elisaf M. Prevention and treatment of the metabolic syndrome. // Angiology. - 2004; 55(6) : 3145–52.
5. Ford E.S, Giles W.H., Dietz W.H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 2002; 287: 356 – 9.
6. Katakam P.V., Ujhelyi M.R., Hoenig M., Miller A.W. Metformin improves vascular function in insulin-resistant rats. Hypertension 2000; 35: 108 –120.
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.

Тұжырым

МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАР ҚАНЫНЫҢ ЛИПИДТІК СПЕКТРІ ЖӘНЕ ЭРИТРОЦИТТЕР АГРЕГАЦИЯСЫ

Г.К. Абаева, С.А. Коробаяева, И.В. Тюкова, Н.Р. Исакова, Р.М. Жумамбаева

Семей қ. КМКҚБ «№2 Қалалық ауруханасы», Семей қ. КМКҚБ «Жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы», Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті

Метаболикалық синдромы бар науқастарда Ашкинази әдісімен эритроциттердің агрегациялы қасиеттеріне лазер сәулелерінің әсерін зерттеу қанның реологиялық қасиеттерінің жақсаруын көрсететін эритроциттер агрегациясы деңгейінің төмендеуін анықтады. Сонымен қатар, липидтік алмасу көрсеткіштеріне лазердің жағымды әсері байқалды.

Негізгі сөздер: эритроциттер агрегациясы, қанның липидтік спектрі, метаболикалық синдромы, И.А Ашкинази бойынша эритроциттер агрегациясы, лазердің инфрақызыл сәулелері, холестерин және триглицериндер, протромбиндік индекс, протромбиндік уақыт.

Summary

AGGREGATION OF ERYTHROCYTES AND BLOOD LIPID SPECTRUM IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

G.K. Abayeva, S.A. Korobayeva, I.V. Tyukova, N.R. Isakova, R.M. Zhumambayeva

City Hospital №2, Hospital for emergency medical aid, Семей, Semey State Medical University

Study influence of laser rays on aggregating properties of red corpuscles by the method of Ashkinazy for patients with a metabolic syndrome allowed reveal the decline of red corpuscles aggregating degree, that specifies on the improvement of reologic blood properties. In parallel with this the positive effect of laser is marked on the indexes of lipid exchange.

Key words: aggregation of erythrocytes, blood lipid spectrum, metabolic syndrome, erythrocytes aggregation on I.A. Ashkinazy, infrared laser beams, cholesterol and triglycerides, prothrombin index, prothrombin time.

УДК :614.777+613.22

Н.А. Жунусова

ГУ Управление Госсанэпиднадзора г. Семей ДКГСЭН МЗ Республики Казахстан по ВКО

ВЛИЯНИЕ ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПОДЗЕМНЫЕ ВОДЫ

Аннотация

В настоящее время широко используются для водоснабжения подземные воды плиоцен-нижнечетвертичных и палеогеновых отложений, подземные воды поймы и надпойменных террас реки Иртыш и других рек, трещиноватых зон палеозоя. На территории Семейского региона, по состоянию на 01.01.2012, разведаны и утверждены в ГКЗ СССР, ТКЗ, ГКЗ РК месторождения подземных вод, с общими запасами по сумме всех категорий в количестве 3408,285 тыс.м³/сут.

Ключевые слова: подземные воды, экология, вода, загрязнение, водоснабжение.

Целью нашей работы явилось изучение режима и баланса и техногенного загрязнения подземных вод на территории Семейского региона по данным Комитета геологии и недропользования ГУ «Восточно-Казахстанского межрегионального Департамента геологии и недропользования (МД «ВОСТКАЗНЕДРА») ТОО «Семейгидрогеология».[1]

Оптимизация условий водопользования и обеспечение населения достаточным количеством доброкачественной питьевой воды являются важнейшими государственными задачами. Микробная обсемененность и химический состав воды, используемой для хозяйственно-питьевого водоснабжения, могут быть факторами негативного влияния на здоровье населения. [3]Роль водного фактора в развитии неинфекционных заболеваний связывают с такими показателями химического состава питьевой воды, как повышенная жесткость, высокие концентрации железа, хрома, марганца, ртути, органических соединений, нитратов, недостаток или избыток фторидов.

Изучение естественного режима подземных вод Иртышского артезианского бассейна, который является единственным источником водоснабжения для Семипалатинского Прииртышья, ведется по 14 постам, на которых изучается междуречный вид режима подземных вод. Изучение приречного вида режима грунтовых вод с целью определения взаимосвязи подземных и поверхностных вод проводится на р.Иртыш. Согласно договора №50-УК ВРД от 6 апреля 2012 года с ТОО «Камкор Вагон» режимная партия по ведению мониторинга подземных вод ТОО «Семейгидрогеология» на участке «Дезпромстанция» по 3-м наблюдательным скважинам глубиной до 10 метров с целью выявления и оценке загрязнения подземных вод в результате деятельности предприятия, провела следующие виды работ: чистку скважин, замеры уровня подземных вод, отбор проб воды. В пробах воды определялись следующие показатели: нефтепродукты, ПАВ, фенол и хрома. Химические анализы воды с определением загрязняющих веществ выполнялись в аналитической лаборатории ТОО «Семейгидрогеология».

Источником загрязнения подземных вод является фильтрация стоков через земляные отстойники. В пределах участка загрязнению подвержен водоносный горизонт средне-верхнечетвертичных аллювиальных отложений. Отложения литологически представлены гравийно-галечником с песчаным заполнителем, песками. Средняя мощность водоносного горизонта составляет около 5,0 м. Питание горизонта происходит за счет атмосферных осадков и талых вод. Основное направление грунтового потока северо-восточное в сторону р.Иртыш. За период наблюдений уровни подземных вод залегают на глубинах 3,89-6,17 м. Зона аэрации сред-

ней мощностью до 5,3 м литологически представлена суглинками от 0,2 до 8,0 м песками мелкозернистыми. Коэффициенты фильтрации отложений изменяются от 0,1 до 3,0 м³/сут. Подземные воды не защищены от загрязнения. Коэффициент фильтрации отложений водоносного горизонта 20 м³/сут [3].

Промышленные стоки предприятия собираются на станции перекачки и подаются на очистные сооружения, затем сбрасываются на поля фильтрации. Проектная мощность очистных сооружений 0,3 тыс. м³ /сут. Фактический расход сточных вод, сбрасываемых на поля фильтрации в 2010 г - 2,5 тыс.м³/год (6,92 м³/сут), в 2011 г - 1,01 тыс.м³/год (2,77 м³/сут). Стоки в мг/дм³: сухой остаток - 2273, хлориды - 678,4, сульфаты - 413,6, нитриты - 6,57, нитраты - 27, ПАВ - 0,34, нефтепродукты - 0,42, фильтруясь через зону аэрации загрязняют подземные воды. За период наблюдений в подземной воде выше ПДК обнаружено в мг/дм: хлориды 868-1137 (ПДК-350); сульфаты 576-1324 (ПДК-500); фториды- 1,1-2,3 (ПДК-1,2). Общая жесткость - 13,6-19,2 мг-экв/дм³ (ПДК-7,0). Относительно повышенное содержание сульфатов до 1274-1324 мг/дм³, Са+Mg (общая жесткость) отмечено в скв.№40-н, 42 -н, расположенных возле отстойника. Масштабы загрязнения: площадь - 0,94 км², ширина - 625 м, длина - 1500 м, мощность водоносного горизонта - 4,7 м. По химическому составу изменяются от сульфатно-хлоридно-натриевых (скв.№40-н, 42-н) до хлоридно-сульфатно-натриевых. По жесткости очень жесткие. Реакция воды - слабощелочная. рН - 7,2-7,9. Загрязняющие вещества относятся к 4-му классу опасности (умеренно опасные: хлориды, сульфаты) и лимитируются по органолептическим признакам. Фториды относятся ко 2-му классу (высокоопасные) опасности и лимитируются по санитарно-токсико-логическому признаку.

Для уменьшения интенсивности загрязнения необходимо провести реконструкцию очистных сооружений с применением современных технологий по очистке стоков. Для определения более достоверных масштабов загрязнения (площади области загрязнения, интенсивности загрязнения, скорости перемещения границы области загрязнения) продолжить ведение производственного мониторинга подземных вод на участке «Дезпромстанция». Основное направление загрязненных потоков в сторону р.Иртыш, что представляет реальную угрозу загрязнения не только подземных, но и поверхностных вод. [3] Загрязнение подземных вод происходит за счет фильтрации хозяйственно-бытовых и промышленных стоков. Основными загрязняющими веществами на участках являются: нефтепродукты, аммоний, хлориды и железо. Для уменьшения интенсивности загрязнения подземных вод необходима реконструкция всех накопителей отходов, ускорение строительства новых очистных сооружений РКП «Семей Водоканал».

Выводы. Для уменьшения интенсивности загрязнения необходимо провести реконструкцию очистных сооружений с применением современных технологий по очистке стоков. Необходимо к концу 2013 г провести оценку качества стоков до очистки и после очистки. Для уточнения ассоциации загрязняющих веществ необходимо выполнить полный химический анализ проб воды с обязательным определением концентрации солей тяжелых металлов по всем точкам наблюдения.

Литература:

1. Субботин С.Б., Лукашенко С.Н., Айдарханова А.О. Радиоактивное загрязнение поверхностных и подзем-

ных вод на Семипалатинском полигоне / С.Б.Субботин, С.Н. Лукашенко, А.О. Айдарханова; Томский политехнический ун-т // Радиоактивность и радиоактивные элементы в среде обитания человека: 3 Междунар. конф. – Томск, - 2009. – С. 5-8.

2. Артамонова Е.Н. Радиоэкологический мониторинг подземных вод месторождения угля «Каражыра» (Семипалатинский испытательный полигон) / Томский политехнический ун-т // Радиоактивность и радиоактивные элементы в среде обитания человека: 3 Междунар. конф. – Томск, - 2009. – С. 2-5.

Тұжырым

ЖЕР АСТЫ СУЛАРЫНА ШАРУАШЫЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІҢ ЫҚПАЛЫ

Н.А. Жунусова

**Семей қ. мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалаудың
МБ ШКО бойынша Қазақстан Республикасының МСЭҚҚД**

Бұл мақалада ластанушы көздердің қарқындылығын төмендету үшін құбырларды жөндеуден өткізуде заманауи технологияларды су ағындарын тазалауда қолдану қажет. 2013 жылдың соңына таман тазалау алдында және тазалаудан кейін ағымдар сапасын бағалау. Ластанушы заттардың ассоциациясын анықтау үшін барлық қадағалау нүктелері бойынша судың сынамасының химиялық сараптамасында толық тұзды ауыр металлдардың концентрациясын анықтау.

Негізгі сөздер: Жер асты сулары, экология, су, ластану көздері, сумен жабдықтау.

Summary

INFLUENCE OF ECONOMIC ACTIVITY TO UNDERGROUND WATERS

N.A. Zhunusova

State Administration of Semei SSEC Management DKSSEC PH M of EKR of RK

For reduction an intensity of contamination it is necessary to conduct the reconstruction of sewage treatment plants with use the modern technologies for cleaning the sewage. It is necessary to the end of a 2013 to conduct the estimation of quality of sewage flows to before and after cleaning. For clarification of association of contaminants it is necessary to execute fully chemical analysis of water tests with obligatory determination of concentration the heavy metals on all of view points.

Key words: Underground waters, ecology, water, contamination, water supply.

ӘӘЖ 614.2(470-571) 07

Ш.Е. Қалиханова, Ф.С. Рахимжанова, Г.А. Берекенова, Қ.Е. Қалиханова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

СУДЫҢ ҚАСИЕТІН СИПАТТАЙТЫН ОРГАНОЛЕПТИКАЛЫҚ КӨРСЕТКІШ

Тұжырым

«Водный», «Шығыс» кенттерінің жер асты суларының құрамы" ғылыми жобасының мақсаты Шығыс Қазақстан облысы, Семей қаласы, «Водный», «Шығыс» кенттерінің жер асты суларының құрамын анықтау. Алдағы қойған міндеттері: зерттеу нысандарын анықтау; зерттеу әдістерімен танысу; зерттелетін судың қасиетін сипаттайтын органолептикалық көрсеткіштерін анықтау және судың химиялық құрамын анықтау.

Негізгі сөздер: су, ауру, гидросфера, атмосфера, элементтер, су құрамы.

Су – биосфераның аса маңызды элементі.

Гидросфера – біздің планетамыздың аса маңызды құрам бөліктерінің бірі. Гидросфераға күн энергиясы мен гравитациялық күштер әсерінен қозғалысқа түсетін және бір күйден екінші күйге өте алатын барлық су түрлері жатады. Гидросфера Жердің басқа элементтері атмосфера мен литосферамен тығыз байланысты. Жердегі су үнемі қозғалыста болады. Табиғаттағы су айналымы гидросфераның барлық бөліктерін бір-бірімен байланыстырып, біртұтас жабық жүйе: мұхит – атмосфера – құрлық түзеді. Ол гидросфераның түрлі бөліктерінің әртектілігіне байланысты өзгеретін су алмасу процесінің белсенділігін қамтамасыз етеді.

Бүгінгі күні адамзат алдында тұрған көптеген мәселелердің ішіндегі ең өзектілері: әлеуметтік, экологиялық, азық-түлік және су мәселелері болып табылады. Су мәселесі тиімді шешілмей, басқа мәселелердің оң шешілуі мүмкін емес. Біздің өңірімізде су үлкен рөл атқарады. Адамзаттың сусыз не істейтінін тіпті елестету мүмкін емес. Адамзат сусыз өмір сүре алмас еді. Сумен біздің ғаламшарымызда тіршілік пен ауа райынан басқа, көптеген халық шаруашылығының салалары, әсіресе су көлік қатынасы тығыз байланысты. Сондай-ақ су – энергияның бай көзі.

Су - әлемнің ең үлкен байлығы. Бірақ біздің планетамыздағы тұщы судың қоры санаулы ғана, барлық су ресурстарының 3% ғана. Таза судың

жетіспеушілігі жер шарының көптеген аудандарындағы өткір мәселелердің бірі болып отыр.

Жердегі су ресурстары жалпы алғанда, жер бетілік немесе континентальды сулар, Бүкіл Әлемдік мұхит сулары және жер астылық сулар болып үш топқа бөлінеді. Жер бетілік, не континентальды суларға - өзен, көл, жабық теңіздер, батпақтар, атмосфералық жауын-шашын сулары, мұздықтар суы, бүкіләлемдік мұхиттар мен оларға құятын теңіздер, ал жерастылық суларға топырақ ылғалдары, жер астылық грунд сулары жатады.

Судың химиялық құрамы бір-біріне байланыссыз екі фактордың – тарихи-табиғи және геологиялық жағдайлар мен антропогендік фактордың әсерінен қалыптасады.

Судың химиялық құрамының түрліше болуы себепті оларды минералдану дәрежесіне байланысты төмендегіше классификациялауға болады (1 г/л):

Тұщы су ----- 1 ге дейін
Тұздылау ----- 1-25
Тұзды ----- 26-50
Ащы ----- > 50 [2]

Атмосфера мен литосфераға түсетін ластаушы заттардың жаратылыстағы табиғи көзі гидросфера болып табылады. Бұл судың өте жоғары еріткіш қасиетіне, табиғаттағы су айналымына және су айналымының соңғы нүктесі топтау бұларға байланысты.[2]

Жер асты суларының мөлшері жер үстіндегі су мөлшерінің жартысы шамасындай болады. Судың құрамындағы ластаушы заттардың болуы барлық тірі ағзаларға және судың функциясына жүйелі түрде әсер етеді.

Жер асты сулары топыраққа сіңген сулар деп аталады. Жер асты суларының сіңуі топырақтың қасиетіне және құрамына, жаңбыр жауу жиілігіне, мөлшеріне байланысты. Топырақ қабатының борпылдақтығына байланысты суды сіңіреді немесе суды сіңірмейді. Жер асты сулары табиғи қабаттардан өтіп су өткізбейтін қабатқа дейін сіңеді де, су өткізетін жер қабаттарының торшаларын толтырады. Мұндай су грунтталған деп аталады, ал оның беті – грунттағы су айнасы болып табылады.

Жер асты сулары беткі, грунтты және артезиан сулары болып жер қабаттарына байланысты бөлінеді. Беткі сулар жер бетіне өте жақын орналасып, қорғайтын қабат болмағандықтан тез ластанады. Грунтты суларға су сіңіретін қабаттағы сулар жатады. Ал артезиандық сулар су өткізбейтін қабаттар арасындағы сулар.

Грунтты сулар айнасының деңгейі әрқашан толқып тұрады. Грунтты сулар айнасы жерге түскен жылдық жаңбыр мөлшеріне байланысты көтеріліп, ал құдықтардан сулардың тұрақты алынуына байланысты төмендеп отырады. Суға деген сұраныс жылдан жылға жоғарылап келеді. Кейбір мемлекеттерде осы грунтты судың мөлшерінің төмендеуі үлкен маңызды жағдай ретінде алаңдатып отыр. Жаңбырлы жаздың өзінде грунтты су мөлшері аздаған мөлшерде ғана көтеріледі. Жаңбыр суларының көп мөлшері өсімдіктер қажетіне кетеді. Грунт суларының деңгейі салқын – қысқы мерзімдерде, қазаннан наурыз айларында көтеріледі. Өзен жағалауларында сүзіліп өтетін сулар көбіне беткей және грунт суларының арасынан орын алады.

Табиғи су біртекті емес, онда жүзгіндермен газдың ұсақ көпіршіктері болады. Мұндағы бөлшектердің мөлшері әр түрлі. Судың түбіне тұнатын заттар минералды ядродан және органикалық қабаттан

тұрады. Сонымен қатар су қабаты көптеген микроорганизмдермен толы, олар қоршаған ортамен тығыз байланысты.

Табиғи су көздеріндегі ластаушы заттардың әсері әртүрлі. Мысалы: Жылу арқылы болатын ластаушы заттар кезінде судағы ағзалардың интенсивті дамуына әкеледі, бұл экосистеманы бұзады.

Сыртқы ортамен осмотикалық қатынастағы бір жасушалы ағзалар үшін минералды тұздар қауіпті болады.

Жүзгіндер судың мөлдірлігін төмендетеді, су өсімдіктерінің фотосинтезіне кедергі келтіреді, ағынсыз суларда түбіне шөгінділер жиналады.

Бұл әртүрлі суда тіршілік етуші ағзалардың тіршілігін қиындатады. Жүзгіндерге әртүрлі ластаушы заттар сіңіп, түбіне тұнады да екінші түрлі ластаушы зат көзі пайда болады.

Судың ауыр металдармен ластануы экологиялық қауіп қана емес, экономикалық зиян әкеледі.

Тау-кен өнеркәсібі, кара және түсті металлургия, гальваникалық цехтар суды ауыр металмен ластау көзі болады.

Су мұнай өнімдерімен ластанғанда су бетінде қабат пайда болады, ал атмосферамен газ алмасады. Бұл мұнай эмульсиясынан басқа лас заттарға жинақталады.

Мұнай өнімдерімен суды ластаушының негізгі көздері су көліктері болады.

Су көздерінде органикалық заттар бояғыштар, фенолдар, ПАВ, диоксинда, пестицидтер болуы улануды туғызады, әсіресе диоксиндар қатерлі у болады. Бұл екі хлорлы өлі қосылыс дибензодиоксин және дибензофуран. Ғылымға белгілі ең улы зат 2,3,7,8 – тетрохлордибензодиоксин (2,3,7,8 – ТХДД). Бұл улар табиғатта жинала береді де, концентрациясы артады.

Судың ластануын зерттеудің өзіндік ерекшелігі болады. Атмосфераның ластануы әркілі, кейбір ластаушы зат аз мөлшерде болуы мүмкін, олар тұрақты болмайды.

Суда органикалық және аорганикалық заттар тұрақты түрде күрделі құрылыста болады. Сонымен бірге суда химиялық, фотохимиялық процесстер жүріп жатады. Ол судың құрамын үнемі өзгертіп тұрады.

Жануар текті және өсімдік текті биологиялық өзгерістер химиялық өзгерістерді жүзеге асыруға үлкен үлес қосады. Сондықтан судағы оттегінің мөлшері судың құрамына ірі көрсеткіш болады.

Судың құрамын дәл бағалау үшін, яғни оны сынауға алу үшін біршама жағдайлар әсер етеді. Олар: судың ағу жылдамдығы және ағу сипаты, тұнбасы, ластаушы заттың физико-химиялық қасиеті және оның судағы тұрақтылығы т.б. Егер суды шартты түрде тік жазықтықпен кессек, одан үш бөлікті байқауға болады: беткі қабық (пленка), негізгі су, тұнба. Тұнба мен беткі қабат ластаушы заттар бөлімі (зона) болады. Тұнбаға ерімейтін заттар түседі де, бұл көптеген заттар заттарды сіңіреді.

Суға бөлінбейтін заттар түсуі мүмкін. Олар басқа химиялық заттармен әрекеттесіп, тұрақты қосылыстар түзеді де судағы тіршілік иелерінің (балық, планктон т.б.) денесі арқылы адам ағзасына түсуі мүмкін.

Суды тексеруге алғанда барлық жағдайларды яғни судың құрамына әсер ететінін ескеру керек.

Екі негізгі сынау бар: бір жолғы және орташа. Бір жолғы қажет суды толық алады, ал орташада қажет суды белгілі уақытта бөліп алады. Орташа сынау құрамы сәйкес келген сайын дәл болады. Табиғи суларда азоттың қосылуы минералды және

органикалық формаларында кездеседі. Минералды формаға аммоний ионы NH_4 , нитраттар NO_2 , нитраттар NO_3 жатады. Органикалық формаға төмен молекулярлы қосылыстар жатады (амин қышқылдары, аминдер, несеп қышқылы т.б.).

Құрғақ жерлердегі жер беті суларында 1 литр суда азот концентрациясы 100 микрограммына миллиграммға дейін толқиды.

Аммоний тұздары, азотты, азот қышқылдары, хлоридтер су қоймаларында нәжіс және несеп сияқты органикалық заттардың ыдыраған түрінде кездесуі мүмкін. Олармен бірге суға инфекциялық аурулардың коздырғыштары түсуі, эпидемиялық ластануына әкелетін жанай көрсеткіш болып табылады. Азотты қосылыстардың мөлшеріне қарай оның ластану деңгейін, қай уақыттан бері ластанғанын, немесе тұрақты су қоймасын ластанып жатқанын анықтауға болады. Суда тек қана аммоний тұздарының болуы судағы бактериологиялық су қоймасы көрсеткішті анықтауға мүмкіндік береді, ол жаңадан органикалық заттармен ластанғанын көрсетіп бере алады. Суда азот және азотталған қышқылының болуы онда аммоний

тұздарының болмауы немесе аздаған мөлшерде із қалуы – судың өздігінен тазалаудан өткендігін көрсетеді.

Су құрамында заттардың болуы – су қоймасының тұрақты органикалық заттармен ластануын көрсетеді.

Бірақ сонымен қатар табиғатта да осы заттардың қосылыстарының болу мүмкіншілігі өсімдік тектес қалдықтарынан түсетіндігін естен шығармаған жөн. Мұндай жағдайда суды динамикалық бақылау негізгі роль атқарады.

Әдебиеттер:

1. Жатқанбаев Ж.Ж. Экология негіздері – Алматы: Қайнар. – 2005. – 118 б.
2. Асқарова Ұ. Б. Экология және қоршаған ортаны қорғау. Алматы, - 2004. – 130 б.
3. Сәттімбеков Р., Әлімқұлова Р., Шілдебаев Ж. Биология. Алматы «Мектеп». – 2007. – Б. 198-201.
4. Кунце В. Технология солода и пива – Санкт-Петербург: Издательство, Профессия. - 2001. – С. 73-80.

Резюме

ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ВОДЫ

Ш.Е. Калиханова, Ф.С. Рахимжанова, Г.А. Берекенова, К.Е. Калиханова
Государственный медицинский университет города Семей

Цель научного проекта "Состав грунтовых вод поселка «Водный», «Восход» – определение состава грунтовых вод поселка «Водный», «Восход», г. Семей Восточно-Казахстанской области. Поставленные задачи: определение объекта для исследования, ознакомление с методами исследования, определение органолептических показателей характеризующих исследуемые свойства воды и её химический состав.

Ключевые слова: вода, заболеваемость, гидросфера, атмосфера, элементы, состав воды.

Summary

ORGANOLEPTIC PROPERTIES OF WATER

Sh.Ye. Kalikhanova, F.S. Rakhimzhanova, G.A. Berekenova, K.Ye. Kalikhanova
Semey State medical university

The aim of the scientific project is «Components of water of the villages «Voskhod» and «Vodny» are to define their chemical components of underground water of the East Kazakhstan region, Semey. The object this article is to define research object, to introduce with research of object, to define the qualities of chemical components of water and to define organoleptical evidence, which define the quality of water.

Key words: water, morbidity, hydrosphere, atmosphere, elements, composition of water.

ӘЖЖ 614.2(470-571) 07

Ш.Е. Қалиханова, Р.Ж. Фатхуллина, Ф.С. Рахимжанова, Г.А. Берекенова, К.Е. Қалиханова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

СУДЫҢ ФИЗИКАЛЫҚ, ХИМИЯЛЫҚ ҚАСИЕТТЕРІ ЖӘНЕ ЭПИДЕМИЯЛЫҚ ҚАУІПСІЗДІГІ

Тұжырым

ШҚО, «Водный», «Шығыс» кенттерінің жер асты суларының органолептикалық қасиеттері: температура, мөлдірлік, түсі, иісі, тұнба және химиялық құрамы: рН, құрғақ қалдық, HCO_3^- , Cl^- , SO_4^{2-} , Ca^{2+} , Mg^{2+} , Fe^{3+} иондары теориялық мәліметтерге сүйене отырып, іс-тәжірибе жасалынып қарастырылған. Әр кенттерден он сынамадан алынып, зертханада титрлеу, аналитикалық, фотометрлік т.б. зерттеу әдістерін қолдана отырып анықтау жүргізілген.

Негізгі сөздер: су, ауру, гидросфера, атмосфера, элементтер, су құрамы.

Су агрегаттық үш күйде болады: сұйық, газ және қатты (су, бу, мұз). Таза су түссіз және иіссіз сұйықтық. Қалың қабаты көгілдір болады. Судың қайнау температурасы 100°C , ал температурасы 0°C .

Таза су электр өткізбейді. Барлық сұйық және қатты заттардың ішінде судың меншікті жылу сыйымдылығы бәрінен үлкен, яғни салмағын бірдей етіп бірнеше

зат алып, бір белгілі градусқа дейін қыздырғанда, суды қыздыруға жылу соның бәрінен жылу көп кетеді. Керісінше, салқындатқанда да, бірдей етіп алынған заттардың ішінде, су жылуды көп шығарады. Сондықтан су жазда баяу жылынып, қыста баяу суып, жер шарының температурасын реттеуші қызметін атқарады.

Судың басқа заттардан тағы бір өзгешілігі, оның тығыздығы, салқындатқанда басқа заттардікіндей үздіксіз өсе бермейді, судың тығыздығының ең үлкен шамасы 40 та болады. Одан жоғары я төмен температураларда судың тығыздығы кемиді. Судың молекуласында оттектің атомы бір жақ шетінде, сутектің екі атомы екінші жақ шетінде болады, сондықтан судың молекуласы әжептәуір полюсті молекула (диполь ұзындығы 0,039 нм).

Судың молекуласының бұрышты молекула болуы, оттект атомының sp^3 – гибриды орбиталінің екеуі Н – О байланысының екеуін түзуге жұмсалады. Қалған екі sp^3 – гибриды орбиталдарының әр қайсысында айырылыспаған электрон қосағы болады. Су бу күйінде ғана, H_2O формуласына сәйкес жеке молекула түрінде болады; сұйық судағы молекулалар ассоциацияланып жүреді, яғни жеке молекулалармен қабат, жалпы формуласы $(H_2O)_x$ сәйкес күрделі қосындылар аралас болады. Бұл күрделі қосындылар біресе түзіліп, біресе ыдырап жатады, оны мынадай схемамен көрсетуге болады: $x H_2O = (H_2O)_x$. Су молекулаларының ассоциациялануының себебі: сутектік байланыс арқылы судың молекуласындағы сутек атомы екінші молекуладағы оттектен байланысады. Сутектік байланыстың энергиясы 18,8 кДж/моль. Демек, коваленттік байланыстың энергиясынан көп кем, бірақ ван-дерваальс күштерінен басымырақ. Судағы тұздар толық диссоциацияланып тек ион түрінде кездеседі. Құрғақ қалдық дегеніміз – миллиграммен өлшенетін 1 литр суда еріген тұздардың мөлшері. Құрғақ қалдықтағы органикалық заттардың мөлшері 10-15% аспайды, судың минералдық сапасын құрғақ қалдық бойынша біледі. Судың минералдық құрамының 85% Ca^{2+} , Na^+ , Mg^{2+} катионы мен HCO_3^- , Cl^- , SO_4^{2-} аниондарынан тұрады. Қалған минералдық құрамын Na^+ , K^+ , PO_4^{3-} т.б. микроэлементтері және Fe^{2+} , Fe^{3+} , Cu^{2+} т.б. микроэлементтері құрайды. Суда 1000 мг/литрге дейін құрғақ қалдық болса, тұщы су деп, ал 1000 мг/литрден жоғары болса минералды деп аталады. Минералды тұздардың мөлшері өте көп болса, ондай су ащы – тұз дәмді келеді. Мұндай суды пайдалану адам ағзасына әртүрлі физиологиялық ауытқуларға әкеп соғады. Алайда құрғақ зат мөлшері 50-100 мг/литрден кем болса, мұндай суды ұзақ уақыт пайдалану тағы да ағзаға зиянды болады (хлоридтердің мөлшері ұлпада азаяуы т.б.). Мұндай суда фтор мен басқа да микроэлементтер аз мөлшерде болады. 20-100 мг/литр тұз қоспасы бар суды әлсіз минералды деп, 100-300 мг/литр – болса қанағаттанарлық минералды деп, ал 300-500 мг/литр – болса жоғары минералды деп есептеледі. Жер үсті суларында әдетте темір (II) тұрақты қосылыс гуминоқышқыл түрінде, ал жер асты суларында темір бикарбонаты түрінде кездеседі. Жер асты суындағы темір бикарбонаты ауаның әсерінен тотығып, қоңыр түсті $Fe(OH)_3$ түзеді, бұл суға лай және сары түс береді (егер темір мөлшері 0,3 мг/литр болса). Егер суда темір концентрациясы 1 мг/литр болса, ащы дәм береді. Темірдің мөлшерінің көп болуы судың органолептикалық қасиетін төмендетеді. Бұл суды тоқыма өнеркәсібінде, май-ірімшік жасауда пайдалануға болмайды. Мұндай суда темір сіңіретін микроорганизм-дер көбейіп, темір түтіктердің бітелуіне соғады. Сонымен пайдаланатын суда темір мөлшері 0,3 мг/литрден аспауы керек. Судың эпидемиялық қауіпсіздігін сипаттайтын көрсеткіштері екі топшаға бөлінеді:

- 1 – санитарлық – микробиологиялық көрсеткіш.
- 2 – санитарлық – химиялық көрсеткіш.

Бірінші топшаға жататындар: микроб саны, коли – индекс, коли – титр, бактериялар мен вирустардың болуы.

Микроб саны – бұл жалпы колониялар саны. Ол 370С температурада, 1 см³ суға 1,5% ет – пептонды агар 24 сағат өседі. Коли – индекс 1 мл. судағы ішек таяқша сынық (коли) санын көрсетеді. Коли – титр дегеніміз – бір ішек таяқшасы болса да табылатын судың ең аз мөлшері. Егер судың коли – индексі 3-тен аспаса, сонда оның эпидемиялық қауіпсіз болатынын көп жылғы тәжірибе дәлелдеді. Судың эпидемиялық қауіпсіздік көрсеткішінің негізгі санитарлық – микробиологиялық көрсеткіш болып табылады. Санитарлық – химиялық көрсеткіш жанама болып табылады. Бұл көрсеткіштер органикалық заттар немесе олардың ыдырау өнімдері болуымен сипатталады. Оларды анықтау үшін әртүрлі химиялық әдістер қолданылады. Табиғи суларда азоттың қосылуы минералды және органикалық формаларында кездеседі. Минералды формаға аммоний ионы NH_4^+ , нитраттар NO_2^- , нитраттар NO_3^- жатады. Органикалық формаға төмен молекулярлы қосылыстар жатады (амин қышқылдары, аминдер, несеп қышқылы т.б.).

Құрғақ жерлердегі жер беті суларында 1 литр суда азот концентрациясы 100 микрограммына миллиграммға дейін толқиды. Аммоний тұздары, азотты, азот қышқылдары, хлоридтер су қоймаларында нәжіс және несеп сияқты органикалық заттардың ыдыраған түрінде кездесуі мүмкін. Олармен бірге суға инфекциялық аурулардың қоздырғыштары түсуі, эпидемиялық ластануына әкелетін жанама көрсеткіш болып табылады. Азотты қосылыстардың мөлшеріне қарай оның ластану деңгейін, қай уақыттан бері ластанғанын, немесе тұрақты су қоймасын ластанып жатқанын анықтауға болады. Суда тек қана аммоний тұздарының болуы судағы бактериологиялық су қоймасы көрсеткішті анықтауға мүмкіндік береді, ол жаңадан органикалық заттармен ластанғанын көрсетіп бере алады. Суда азот және азотталған қышқылының болуы онда аммоний тұздарының болмауы немесе аздаған мөлшерде із қалуы – судың өздігінен тазалаудан өткендігін көрсетеді. Су құрамында заттардың болуы – су қоймасының тұрақты органикалық заттармен ластануын көрсетеді. Бірақ сонымен қатар табиғатта да осы заттардың қосылыстарының болу мүмкіншілігі өсімдік тектес қалдықтарынан түсетіндігін естен шығармаған жөн. Мұндай жағдайда суды динамикалық бақылау негізгі роль атқарады. Құрғақ қалдық – 1 л су құрамындағы еріген заттар мөлшері. Суды минералдандырады. Судың минералды құрамы Ca^{2+} , Na^+ , Mg^{2+} катиондарынан және HCO_3^- , Cl^- , SO_4^{2-} аниондарынан құралады. Судағы құрғақ қалдықты анықтау үшін фарфор шашкаға сүзгі қағаз арқылы сүзілген судан 100 мл құйып, электр плиткасына буландырып, 1100С 2 сағатқа кептіргіш шкапка қояды. Одан кейін эксикаторда салқындатып, аналитикалық таразыда өлшейді. Мына формула бойынша есептейді.

$$X = \frac{(a-a_1) 1000}{V}$$

X – құрғақ зат массасы (мг/л) зерттелетін судың;

a – шашка мен құрғақ зат;

a_1 – бос шашка, мг;

V – су көлемі, анықтауға алған, мл.

SO_2-4 – ионын анықтау. 50 мл зерттелетін суға катионит КУ-2 ден аздап қосып, шайқап 30 мин қоямыз. 30 минуттан кейін 10 мл осы ерітіндіден өлшеп аламыз, 5 мл ацетон аздап дитизон бензой қышқылын (1:5) жақсы сүртілген үккіште араластырамыз. Ерітінді жақсылық болуы қажет. Оны 500С дейін қыздырамыз

және 0,02 нормалды Pb(NO₃)₂ ерітіндісімен жасыл түстен қызыл күлгін түс түзілгенше титрлейді.

Ионның мөлшерін мына формуламен есептейміз:

$$X = \frac{a \cdot R960,6}{V}$$

X – сульфат ионының мөлшері, мг/л;

a – көлем, 0,02 н Pb(NO₃)₂;

R – түзету коэффициенті;

V – сынаманың көлемі, анализ үшін мл 48,03 эквивалент.

Ca²⁺ және Mg²⁺ иондарын анықтау.

10 мл зерттелетін суға 50 мл дистилденген су, 0,5 мл 5% гидроксилламин (HCl) диэтилдитиокарбонат натрий кесегін, 5 тамшы 0,5% қою көк хромқышқылын қосады. Ca²⁺ ионын 0,05 н трилон Б ерітіндісімен титрлейді. Қызғылттан көгілдірге дейін титрлейді.

$$X = \frac{A \cdot R0,05 \cdot 40,08 \cdot 1000}{V} = \frac{a \cdot R \cdot 2004}{V}$$

$$y = \frac{x}{100} = \frac{a \cdot R \cdot 100}{V} \text{ мг.экв/л}$$

20,04

V

Мұндағы,

a – титрлеуге кеткен трилон Б ерітіндісінің көлемі;

V – зерттелетін су көлемі, мл;

R – түзету коэффициенті (I).

Mg²⁺ ионын анықтау үшін ақырындап тамшылатып HCl (1:4) ерітіндісін қосып қызғылт түс түзілгенше бейтараптайды, 5 мл хлорлы-аммиакты буфер ерітіндісін қосып, трилон Б ерітіндісімен көк түс түзілгенше титрлейді.

Cl – иондарын анықтау. Колбаға 25 мл зерттелетін су алып, магнитті араластырғышқа 3-5 минут қойып, 1 мл 5% K₂CrO₄ ерітіндісін құйып, 0,02 н AgNO₃ ерітіндісімен түсі өзгергенше титрлейді.

Фотометрлік әдіспен темірді (III) анықтау. 10 мл сынаманы 25-30 мл колориметрлік сынауыққа құйып, 5 мл сульфосалицил қышқылын және 5 мл ерітінділерін қосып, 10 минутқа қоямыз. Фотоколориметрде толқын ұзындығын 420 нм қойып, айдалған судың және зерттелетін ерітіндінің оптикалық тығыздығын өлшеп аламыз. Калибрлі график сызу үшін стандарттық шкала (1-кесте).

1-кесте.

Стандарттық шкала.

Стандарт саны	Темірдің стандарт ерітіндісі 0,01 мг/л, мл	Айдалған су, мл	Темірдің мөлшері, мг
1	0,1	9,9	0,001
2	0,3	9,7	0,003
3	0,5	9,5	0,005
4	0,6	9,4	0,006
5	0,8	9,2	0,008
6	1,0	9,0	0,01

Темірдің концентрациясынмына формуламен есептейді: C = Cx100; Cx - калибрлі графиктен табылған темірдің концентрациясы.

HCO₃⁻ және CO₃²⁻ иондарын анықтау. Иономерде сутектік көрсеткіші pH>8,3 болса, CO₃²⁻ ионын, ал pH=4,4 болса HCO₃⁻ ионын анықтайды. Стаканға 20 мл зерттелетін су алып, магнитті араластырғышқа қойып, pH-ты анықтайды. Зерттелетін судың pH>8,3 болса 0,02 н H₂SO₄ ерітіндісімен CO₃²⁻ ионын титрлейді. Одан кейін pH=4,4 судағы HCO₃⁻ ионын H₂SO₄ ерітіндісімен титрлейді.

Әдебиеттер:

1. Федорова А.И., Никольская А.И. Практикум по экологии и охране окружающей среды – М.: Гуманит. Центр ВЛАДОС. – 2003. – С. 221-237.

2. Нұрахметов Н.Н., Шаяхметов Ш.Ш. Химиялық сөздік. Алматы: Қайнар. – 1993. – 90б.

3. Жатқанбаев Ж.Ж. Экология негіздері. Алматы: Қайнар. - 2005. – 130б.

4. Асқарова Ұ. Б. Экология және қоршаған ортаны қорғау. Алматы. – 2004. – Б. 25-27.

5. Сәттімбеков Р., Әлімқұлова Р., Шілдебаев Ж. Биология. Алматы «Мектеп» - 2007. – Б. 198-201.

6. Кунце В. Технология солода и пива – Санкт-Петербург: Издательство, профессия. - 2001. – С. 73-80.

7. Арабаджи В.И. Загадки простой воды. Москва. – 1973. – С.10-15.

Резюме

ФИЗИЧЕСКИЕ, ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ВОДЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Ш.Е. Қалиханова, Р.Ж. Фатхуллина, Ф.С. Рахимжанова, Г.А. Берекенова, Қ.Е. Қалиханова

Государственный медицинский университет города Семей

Органолептические свойства грунтовых вод поселка «Водный», «Восход» – температура, прозрачность, цвет, запах, осадочный и химический состав – pH, сухие остатки, ионы HCO₃⁻, Cl⁻, SO₄²⁻, Ca²⁺, Mg²⁺, Fe³⁺, рассмотрены опираясь на теоретические сведения и проведенные опыты. На основе лабораторного титрования, используя аналитические, фотометрические методы, определялись 10 проб анализов десяти объектов из каждого поселка.

Ключевые слова: вода, заболеваемость, гидросфера, атмосфера, элементы, состав воды.

Summary

PHYSICAL AND CHEMICAL PROPERTIES OF WATER AND EPIDEMIOLOGY SAFETY

Sh.Ye. Kalikhanova, R.Zh. Fathullina, F.S. Rakhimzhanova, G.A. Berekenova, K.Ye. Kalikhanova

Semey State medical university

The object this article is to define research object, to introduce with research of object, to define the qualities of chemical components of water and to define organoleptical evidence, which define the quality of water. The organoleptical quality of this underground water of «Voskhod» and «Vodny» are temperature, transparental, colour, smell, sediment and chemical components pH, dry wastes, HCO₃⁻, Cl⁻, SO₄²⁻, Ca²⁺, Mg²⁺, Fe³⁺ ions according to theoretical facts there were made a lot of practical works.

Keywords; water, morbidity, hydrosphere, atmosphere, elements, composition of water.

УДК 616.24.002-616.9-097

Л.В. Проскура

Павлодарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Павлодар

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИИ (ПМЛ) У БОЛЬНОГО С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ**Аннотация**

Продемонстрированный нами случай быстро прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии с летальным исходом на фоне выраженного иммунодефицита у больного СПИДом, подтверждает необходимость своевременной антиретровирусной терапии, как единственного способа профилактики данной патологии с неразработанными методами специфической профилактики и этиотропного лечения.

Ключевые слова: больной СПИДом, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, антиретровирусная терапия.

Одним из оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции, имеющим достаточно пессимистический прогноз, т. к. не разработаны методы специфической терапии, является прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия. В 2012 году в Павлодарской области было зарегистрировано 6 случаев данного заболевания, все - посмертно, при проведении патологоанатомической экспертизы.

Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПМЛ) — это тяжелое демиелинизирующее заболевание ЦНС. Возбудитель — вирус JC из группы ДНК-содержащих полиомавирусов. Свое название вирус получил по инициалам больного, у которого был впервые выделен в 1971 г. [1]. Доля серопозитивных среди населения достигает 80%, предполагается возможность латентной персистирующей инфекции. Реактивация вируса и клинически выраженное заболевание развиваются только при нарушении клеточного иммунитета. Полагают, что вирус достигает ЦНС посредством лейкоцитов и поражает в основном олигодендроциты, образующие миелиновую оболочку. Разрушение миелиновых оболочек макроскопически проявляется мультифокальной демиелинизацией. В наибольшей степени страдает белое вещество полушарий головного мозга, но возможно также поражение мозжечка и серого вещества. Нередко наблюдается тяжелый иммунодефицит, однако для развития ПМЛ он не обязателен. В отличие от ЦМВ-инфекции и инфекции, вызванной атипичными микобактериями, ПМЛ не всегда указывает на терминальную стадию ВИЧ-инфекции. Хотя обычно ПМЛ развивается при числе лимфоцитов менее 100 мкл^{-1} , она возможна и при числе лимфоцитов более 200 мкл^{-1} . Снижение заболеваемости ПМЛ не столь заметно, как заболеваемости другими ОИ. После церебрального токсоплазмоза ПМЛ сегодня занимает второе место среди ОИ по частоте поражения нервной системы [2]. Несмотря на разнообразие симптомов ПМЛ, обусловленное различной локализацией очагов демиелинизации, можно выделить и ряд общих черт клинической картины. Помимо когнитивных нарушений (от легких нарушений концентрации внимания до деменции) для ПМЛ очень характерны очаговые неврологические симптомы. Чаще наблюдаются моно- и гемипарез, а также нарушения речи и зрения, ПМЛ может привести к слепоте. Поражение ЦНС поначалу иногда проявляется отдельными нарушениями координации движений, но при этом может быстро привести к тяжелой инвалидности. У некоторых больных развиваются эпилептические припадки. Выпадение чувствительности, лихорадка и головная боль встречаются редко и более характерны для церебрального токсоплазмоза [3].

При подозрении на ПМЛ необходимо в кратчайшие сроки подтвердить диагноз лучевыми методами диагностики. Следует иметь в виду, что компьютерная томография (КТ) головы плохо выявляет очаги пониженной плотности. Магнитно-резонансная томография (МРТ) намного более чувствительна по числу и размерам образований, чем КТ. Во многих случаях МРТ позволяет дифференцировать ПМЛ с токсоплазмозом и лимфомой. ПМЛ может развиваться в любой части головного мозга, типичной локализации нет. Очаги нередко обнаруживаются в теменной и затылочной областях или перивентрикулярно, однако может страдать и мозжечок. [4].

Таким образом, диагноз, поставленный по клинической картине и данным МРТ, не является бесспорным. Важное значение имеет исследование СМЖ. Как правило, если нет сопутствующих инфекций, то признаков неспецифического воспаления в СМЖ не бывает, а общий уровень белка немного повышен. Цитоз обнаруживается редко, если он достигает 100 мкл^{-1} , диагноз ПМЛ маловероятен. У всех больных нужно исследовать СМЖ на вирус JC. Чувствительность новых исследований на основе ПЦР составляет около 80%, специфичность — более 90%. Тем не менее, отрицательный результат ПЦР не исключает ПМЛ. Количество вируса в крови может колебаться в значительной степени и не коррелировать с размером поражений [5]. На сегодняшний день в Республике Казахстан лабораторная диагностика JC-вируса невозможна в связи с отсутствием тест-систем и диагноз зачастую ставится при патологоанатомическом исследовании.

Приводим клинический случай из нашей практики: Больной М., 1983 г.р. поступил в Павлодарскую городскую больницу №1 09.12.2012 г. с жалобами на повышение температуры тела до $40,0^\circ\text{C}$, боли в горле при глотании, кашель со слизисто-гноющей мокротой, вялость, слабость, потерю в весе около 10 кг в течение последних шести месяцев, из анамнеза установлено, что пациент считает себя больным около трех недель, когда появились вышеуказанные жалобы. За медицинской помощью не обращался, лечение не получал. Состояние ухудшилось в течение последней недели: появилось двоение в глазах, кратковременная потеря сознания. Бригадой «Скорой помощи» больной был доставлен в терапевтическое отделение 1 городской больницы, где в анализе мокроты при бактериоскопии обнаружены микобактерии туберкулеза, в связи с чем пациент был переведен в стационар областного противотуберкулезного диспансера.

Из анамнеза жизни: с 2000г. является активный парентеральным наркопотребителем, диагноз ВИЧ-

инфекции установлен в 2001г. (выявлен по парентеральному контакту). С указанного времени от наблюдения в Центре СПИД уклонялся, постоянно менял места жительства, поэтому профилактика оппортунистических инфекций и антиретровирусная терапия больному не проводились.

Общее состояние при поступлении крайне тяжелое за счет симптомов интоксикации и мозговых симптомов. Т тела 39 гр. С. Пониженного питания: рост – 170 см, вес – 60 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык обложен белым налетом. Девиация языка вправо. Периферических отеков нет. Лицо ассиметричное, свисает нижняя губа справа, течет слюна, отсутствует глотательный рефлекс. Ригидность затылочных мышц 4 поперечных пальца. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания равномерно. При перкуссии – ясный легочный звук. Дыхание в легких жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям. ЧДД – 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, тахикардия с ЧСС – 102 уд. в 1 мин. АД 140/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, впадный, болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Частое безболезненное мочеиспускание, стул жидкий, 3 р. в день.

Приводим лабораторные данные пациента за время пребывания в стационарах:

Анализ мокроты на БК № 2465 от 12.12.2012 г. - 2 куб, 6 куб, 1+.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки от 12.12.2012 г.: с обеих сторон легочный рисунок усилен. Явных очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Корни уплотнены, несколько расширены, мало-структурны.

В общем анализе крови: Нв 74г/л, Эр $2,58 \times 10^{12}/л$, Тр.- 51×10^3 Нт-27, Л- $6,5 \times 10^9/л$, б-0, э-0, п-16, с-75, л-3, м-6, СОЭ 73мм/ч.

В общем анализе мочи: прозрачная, уд. вес – 1015 белок – 0,099, пл. эп. – ед., Л – 20-30, Э – 0.

Биохимический анализ крови: общий белок – 54,6, мочевины – 9,46, креатинин – 70,7, глюкоза – 6,15, АЛТ – 24,6, АСТ – 57,3, билирубин – 5,7, диастаза – 293,4.

ЭКГ – синусовая тахикардия с ЧСС 95 в 1 мин. ЭОС норм. Изменения миокарда.

УЗИ сердца: пролапс митрального клапана 1 ст.

СМЖ: бесцветная, слегка мутная, белок 0,33г/л, цитоз 0,3, реакция Панди +, Л - 0-1 в п. з., Э – 8-9 п. з. Фибриновая пленка – отр., атипии не обнаружено.

УЗИ ОБП: в малом тазу свободная жидкость. Диффузные изменения печени. Спленомегалия. Хронический холецистит. Хронический панкреатит. Признаки 2-хстороннего пиелонефрита. Признаки почечной недостаточности.

В анализах крови на маркеры гепатитов: 13.12.12г. HBS Ag –положительный, а-HCV IgG- положительный, а-HB cor – положительный, а- HBS – отр., ЦМВ IgG – пол 1: 1200, ВПГ IgG- пол > 1:800, иммунограмма CD4 – 23, CD3- 204, CD8- 155, CD4/CD8- 0,15.

МРТ: На Т2-взвешенных изображениях с последовательностью "спиновое эхо" выявляется сигнал повышенной интенсивности от белого вещества. Обнаружены множественные ассиметричные сливающиеся не-контрастируемые очаги пониженной плотности в белом веществе без признаков отека в височных областях, в мосте и продолговатом мозге, в правом и левом полушариях мозжечка.

Консультация окулиста: застойные диски зрительных нервов, ангиопатия сосудов сетчатки.

Консультация невропатолога: кома 3. Отек-набухание головного мозга. Рассеяный очаговый менингоэнцефалит неясной этиологии.

13.12.2012 г. состоялся консилиум с участием специалиста Областного Центра СПИД. Решением консилиума, пациенту был выставлен диагноз: туберкулез внутригрудных лимфоузлов в фазе инфильтрации. Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого МТ (+) 1 категория I группа диспансерного учёта. ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия. Выраженный иммунодефицит. НейроСПИД. Менингоэнцефалит. Вторичная анемия средней степени тяжести. Кандидоз полости рта. Туберкулез кишечника? Туберкулез мочеполовой системы? Сепсис? Кома 3-4 стадия. Отек головного мозга. Токсическая энцефалопатия. Интоксикационный синдром.

На фоне проводимого патогенетического и симптоматического лечения, а также противотуберкулёзной терапии, состояние пациента прогрессивно ухудшалось, назначение антиретровирусной терапии было невозможно из-за тяжелого состояния больного. 13.12.2012 г. наступила остановка сердечной деятельности. Несмотря на реанимационные мероприятия, сердечная деятельность не восстановилась, и была констатирована биологическая смерть больного.

При проведении патологоанатомического исследования: мозг дряблый, на разрезе ткань мозга тянется за лезвием ножа. В белом веществе мозга в височных областях справа выявлен очаг размягчения размером 4 x 5 см, слева - 3,5 x 4,5 см. Такие же изменения определялись в мосте и продолговатом мозге. Ткань мозжечка дряблая, с очами размягчения в правом и левом полушариях. Во множественных очагах демиелинизации обнаруживаются сохранные осевые цилиндры и увеличенные астроциты с измененными ядрами и большим числом митозов; олигодендроциты малочисленны, содержат включения. Стенки сосудов основания мозга тонкие, интима гладкая.

На основании вышеизложенного, причиной смерти пациента явилась прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия на фоне выраженного иммунодефицитного состояния, причиной которого явилась ВИЧ-инфекция. Туберкулез лимфатических узлов, милиарный туберкулез селезенки можно отнести ко вторичным заболеваниям, возникшим на фоне ВИЧ-инфекции и не сыгравшим решающей роли в танатогенезе.

Продемонстрированный нами случай быстро прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии с летальным исходом на фоне выраженного иммунодефицита у больного СПИДом, подтверждает необходимость своевременной антиретровирусной терапии, как единственного способа профилактики данной патологии с неразработанными методами специфической профилактики и этиотропного лечения.

Литература:

- 1 Белозёров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция. - СПб: Питер, 2003. - 364 с.
- 2 Малый В.П. ВИЧ. СПИД. - М.: Эксмо, 2009. – 672 с.
- 3 Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция (клиника и лечение). - СПб: ССЗ, 2000. - 370 с.
- 4 Белозёров Е.С., Буланьков Ю.И., Тапбергенов Т.С. Медленные инфекции. - Павлодар: НПФ «ЭКО», 2005. - 480 с.
- 5 Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева О.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 522 с.

Тұжырым
АИТВ ЖӘНЕ ТҮБІРКУЛЕЗ ҚОС ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАҒЫ АЛҒА ДАМУШЫ
МУЛЬТИФОКАЛЬДЫ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИЯНЫҢ ДАМУ ЖАҒДАЙЫ
Л.В. Проскура

Павлодар облыстық ЖҚТБ-ның алдын алу және оған қарсы күрес орталығы

Бізбен көрсетілген ЖИТС-пен ауратын науқастағы айқын имунтапшылығы тұсындағы өлімге әкелетін жедел алға дамушы мультифокальды лейкоэнцефалопатия жағдайы өңделмеген спецификалық алдын алу және этиотропты емдеу әдістері бар берілген патологияның бір ғана алдын алу тәсілі ретіндегі ретровирусқа қарсы терапияны өз уақытында қабылдау қажеттілігін дәлелдейді.

Негізгі сөздер: ЖИТС-пен ауратын науқас, алға дамушы мультифокальды лейкоэнцефалопатия, ретровирусқа қарсы терапия.

Summary
THE CASE OF PROGRESSING MULTIFOCAL LEUKAENCEPHALOPATHY
IN PATIENT WITH CO-INFECTION AIDS AND TUBERCULOSIS
L.V. Proskura

Pavlodar regional centre for prevention and control of AIDS

We have demonstrated the AIDS patient who has the example of quickly progressing multifocal leukaencephalopathy with the lethal outcome on a background of the expressed immunodeficiency. This case confirms an indispensability of duly antiretroviral therapies, as the unique way of struggle against the given pathology with undeveloped methods of specific preventive maintenance and treatments acting directly on the virus that causes the disease.

Key words: AIDS patient, progressing multifocal leukaencephalopathy, antiretroviral therapies.

УДК 616.5-008.3-616.9-097

М.Е. Сорокина

Павлодарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Павлодар

СЛУЧАЙ БАЦИЛЛЯРНОГО АНГИОМАТОЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА

Аннотация

В статье рассмотрен случай течения бациллярного ангиоматоза с летальным исходом на фоне выраженного иммунодефицита у больного СПИДом. Атипичность клинической симптоматики и неблагоприятное течение болезни без адекватной этиотропной терапии является достаточным основанием для включения диагностики бартофельезов в схему мониторинга при иммунодефицитных состояниях в Республике Казахстан.

Ключевые слова: бациллярный ангиоматоз, больной СПИДом, иммунодефицит

Бациллярный ангиоматоз (БА) — инфекционное псевдонеопластическое заболевание бартофельезной этиологии, характеризующееся длительной бактериемией, персистирующей лихорадкой, пролиферативными изменениями сосудов кожи, лимфатических узлов, костей и внутренних органов [1].

Впервые БА был описан в 1983 г. в США у ВИЧ-инфицированного пациента. В 1987 г. зарегистрировано еще 6 больных СПИДом с необычными кожными папулами и узелками. Системный характер заболевания стал очевиден после обнаружения на аутопсии узелков в гортани, желудочно-кишечном тракте, брюшине и диафрагме. Заболевание получило название эпителиоидный, а впоследствии бациллярный ангиоматоз. Возбудители были идентифицированы позже: в 1990 г. — *Bartonella henselae* (возбудитель болезни кошачьей царапины) и в 1992 г. — *B. quintana* (возбудитель окопной лихорадки) [2].

Этиология. Представители рода *Bartonella* являются факультативными внутриклеточными бактериями, относящимися к альфа-2-протеобактериям, филогенетически схожими с родом *Brucella* [3].

Эпидемиология. *Quintana*-инфекция ассоциируется с антисанитарными условиями, в которых проживает бездомное население, и передается через инфицированные фекалии платяной вши, втираемые при расче-

сывании в место укуса. Также к категории риска относятся лица с хроническим алкоголизмом, недоеданием, инъекционной наркоманией. Человек является естественным резервуаром *B. quintana*, а учитывая возможность хронической бактериемии с внутриэритроцитарной локализацией бартофельез, существует потенциал для гемоконтактной передачи [4]. Бациллярный ангиоматоз встречается почти исключительно у больных ВИЧ-инфекцией на стадии СПИДа, обычно с числом лимфоцитов CD4 менее 200 в 1 мкм крови. У таких больных наблюдается снижение способности к формированию гранулем в ответ на большинство антигенов. В отсутствие гранулематозной реакции (характерной для болезни кошачьей царапины) наблюдается интенсивное разрастание богато васкуляризированной грануляционной ткани [1, 5].

Морфологическую основу болезни составляет аномальная очаговая пролиферация микрокапилляров, отграниченных увеличенными выпуклыми, кубическими или полигональными широкоцитоплазмными эндотелиальными клетками, с или без признаков цитологической атипичности. Воспалительная инфильтрация носит смешанный характер (лимфоцитарно-нейтрофильный) с лейкоцитоклазисом и очаговым некрозом [6 - 9].

Инкубационный период неизвестен, предполагается, что он может продолжаться от нескольких недель до

нескольких месяцев. Бациллярный ангиоматоз поражает кожу и/или внутренние органы и может сопровождаться общими явлениями — лихорадкой, недомоганием, похудением, иногда развивается бартонеллезный сепсис [7].

Приводим клинический случай из нашей практики. Пациент К.Т.Б., 1966 г.р. Заболел в начале 2012 г. с подъёма температуры до фебрильных цифр и появления на коже тела единичных мелких сферических красно-фиолетовыми папул, которые постепенно увеличивались в размере. В феврале 2012 г. обратился в ПМСП, откуда был направлен участковым терапевтом на консультацию в Областной кожно-венерологический диспансер (ОКВД) и Областной онкологический диспансер (ООД) с подозрением на саркому Капоши. В ООД дважды (12.03.2012 г. и 29.03.2012 г.) была произведена пункционная биопсия поражённого участка кожи с проведением гистологического исследования.

Заключение: внутриматриальный фиброматоз, гистиоцитарный, гемосидерический вариант. При обращении в ООД, был протестирован на ВИЧ по клиническим показаниям, результаты в ИФА на ВИЧ оказались положительными и подтверждены иммунным блотом в референс-лаборатории РЦ СПИД 13.03.2012 г. 16.04.2012 г. пациент был госпитализирован в стационар ОКВД с клиническим диагнозом «ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия. Распространённая эпидемическая саркома Капоши». При поступлении пациент предъявлял жалобы на высыпания на коже тела, слабость, недомогание, повышение температуры тела, необъяснимую потерю веса в течение последних трёх месяцев с 78 до 65 кг. На момент госпитализации состояние пациента было расценено как средней тяжести за счёт выраженного интоксикационного синдрома. В ротовой полости твёрдое нёбо, дёсны верхнего и нижнего рядов синюшного цвета. У основания зубов дёсны местами гиперемированы, отёчны, с гнойным налётом. На дорсальной поверхности тела языка справа синюшное пятно диаметром до 1,0 см. На коже затылочной области волосистой части головы – единичные, лица, шеи, туловища – множественные, гибательной поверхности дистальной трети правого предплечья – два, свода левой стопы – два, проксимальных фаланг IV пальцев стоп очаги в виде узелковых и опухолевидных образований овальных, местами полициклических очертаний, различных размеров от 1,0 см. до опухолевидных конгломератов размерами 5,0x4,0 см., полушаровидных форм, возвышающихся над кожей, от красновато-синюшного до тёмно-бурого цвета. Отмечается увеличение периферических лимфатических узлов: подче-

люстные, передние и заднешейные, надключичные, передние бедренные – с фасоль, подмышечные – с грецкий орех, паховые - от размеров горошины до грецкого ореха, слегка болезненные при пальпации, тестоватой консистенции, подвижные, не спаянные между собой и окружающей тканью, кожа над ними не изменена. Со стороны внутренних органов – без патологии. Лабораторные и инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости – умеренная гепатомегалия, спленомегалия, умеренные диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы; рентгенография лёгких в двух проекциях – усиление легочного рисунка с обеих сторон, корни уплотнены, малоструктурны; СД4 259 клеток/мкл; в общем анализе крови – тромбоцитопения (68,0x10⁹), сдвиг лейкоформулы влево, ускорение СОЭ (75 мм/час); в биохимическом анализе крови – увеличение тимоловой пробы до 11,5 мккат/л и щелочной фосфатазы в 10 раз; вирусная нагрузка – 208000 копий/мл. Проводилось патогенетическое и симптоматическое лечение, с 19.04.2012 г. была назначена антиретровирусная терапия (АРТ) по схеме 1-го ряда: AZT+3TC+LPV/r.

19.04.2012 г. пациент был проконсультирован врачом-фтизиатром. По назначению фтизиатра 20.04.2012 г. произведена пункционная биопсия шейного лимфоузла справа. Патологогистологическое заключение биопсии шейного лимфоузла №1210-1211/2 от 27.04.2012 г. – туберкулёзный лимфаденит, в связи с чем, пациент был переведен на лечение во внелегочное отделение Областного противотуберкулёзного диспансера (ОПТД), где был взят на лечение по 1 категории DOTS. При переводе пациент предъявлял жалобы на общую слабость, повышение температуры до 39°, одышку при высокой температуре, снижение аппетита, бессонницу. Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести за счёт интоксикации, в сознании, контактен. На коже лица и туловища опухолевидные образования коричневого цвета, возвышающиеся над кожей. На коже щёк – множественные телеангиэктазии. На дорсальной поверхности тела языка справа синюшное пятно диаметром до 2,0 см. в диаметре. Периферические лимфоузлы (шейные, надключичные, подмышечные, паховые) увеличены от размеров «горошины» до «грецкого ореха». В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 24/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 79/мин., АД 100/60 мм.рт.ст. Пальпация живота безболезненна. Приводим лабораторные данные пациента в динамике за время пребывания в ОПТД.

Таблица 1.

Общий анализ крови.

Дата	Нв	Эрит.	Тромб.	Ht	Лейк.	п	с	э	б	м	л	СОЭ
28.04.12	90	3,04	43	27	5,1	10	62	0	0	6	22	65
06.05.12	62	2,09	130	18	5,4	6	64	2	0	6	22	77

Таблица 2.

Биохимический анализ крови.

Дата	об.белок	мочевина	креат.	глюкоза	АлТ	АсТ	билир.об.	тимол.пр.	диастаза
28.04.12	66,4	5,36	85,9	5,72	3,3	11,4	10,2	6,3	11,7
06.05.12	46,2	23,25	342,5	5,50	11,5	30,8	18,0	4,9	-

Таблица 3.

Общий анализ мочи.

Дата	цвет	прозр.	уд.вес	белок	пл.эпителий	лейкоциты	эритроциты
28.04.12	желт.	прозр.	1025	0,165	1-2	3-4	0
06.05.12	желт.	с/мутн.	1025	0,33	0-1	6-10	0

Анализ мочи на микобактерии туберкулёза от 2.2.3/05 – 2012 г. отрицательные.

УЗИ органов брюшной полости и почек от 02.05.2012 г.: портальная гипертензия, гепатоспленомегалия, диффузные изменения печени, селезёнки. Образование в левой доле печени (киста?). Диффузные изменения в паренхиме обеих почек. Гипоплазия правой почки.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и томограмма 10-11 см. от 02.05.2012 г.: легочной рисунок усилен, корни уплотнены, малоструктурны, положительный симптом тускнения бронхов.

Во время пребывания больного в стационаре, несмотря на проводимую терапию, состояние его прогрессивно ухудшалось, нарастали симптомы интоксикации, отмечалась лихорадка постоянного типа до 40°. 02.05.2012 г. пациент переведен в палату интенсивной терапии. 06.05.2012 г. в 11-35 ч. пациент стал предъявлять жалобы на интенсивные боли в эпигастриальной области. Острая хирургическая патология была исключена ургентным хирургом. 06.05.2012 г. на фоне нестабильной гемодинамики, тахикардии в 19-00 ч. произошла остановка сердечной деятельности. Проводимый комплекс реанимационных мероприятий – без эффекта и в 19-30 ч. была констатирована биологическая смерть больного.

Патологоанатомическое исследование: на коже головы, шеи, грудной клетки определяются множественные, на правом предплечье и левой стопе – единичные, узелковые и опухолевидные образования коричневого цвета, овальной или неправильной формы, размером от 1,0 до 4,0x5,0 см., возвышающиеся над поверхностью кожи. Пищевод проходим, на слизистой оболочке – очаговые образования тёмно-коричневого цвета, неправильной формы до 2,0x3,0 см., мягко-эластичной консистенции. На слизистой оболочке желудка множество очагов тёмно-коричневого цвета, неправильной формы, размером 1,0x2,0 см. При гистологическом исследовании – картина бацилярного ангиоматоза кожи, пищевода, желудка, признаки эрозивного гастрита, эзофагита. Сердце массой 280,0 г, дряблое. Полости сердца расширены. Микроскопические признаки острой дистрофии миокарда в виде атрофии и очаговой фрагментации мышечных волокон. Увеличение лимфатических узлов: паратрахеальных и бифуркационных до 2,5x1,0 см., шейных – до 1,0 см. в диаметре, подмышечных – до 1,0x1,5 см. На разрезе лимфоузлы серого цвета. При

гистологическом исследовании – резко выраженное лимфоцитарное опустошение с атрофией фолликулов.

Таким образом, учитывая зарегистрированный и представленный нами случай течения бацилярного ангиоматоза с летальным исходом на фоне выраженного иммунодефицита у больного СПИДом, атипичность клинической симптоматики и неблагоприятное течение болезни без адекватной этиотропной терапии, целесообразным является включение диагностики бартонеллез в схему мониторинга при иммунодефицитных состояниях в Республике. Внедрение диагностики бацилярного ангиоматоза в работу лечебно-профилактических учреждений будет способствовать повышению уровня расшифровки заболевания, эффективности лечения, предотвращению осложнений и, как следствие, инвалидности и смертности.

Литература:

1. Koehler J. E. Bartonella-associated infections in HIV-infected patients // *AIDS Clinical Care*. - 1995. - Vol. 7, № 12. - P. 97-102.
2. Jacomo V., Kelly P. J., Raoult D. Natural History of Bartonella Infections (an Exception to Koch's Postulate) // *Clin. Diagn. Lab. Immunol.* - 2002. - Vol. 9. - P. 8-18.
3. Kyme P., Dillon B., Iredell J. Phase variation in *Bartonella henselae* // *Microbiology*. - 2003. - Vol. 149 (3). - P. 621-629.
4. Epidemiology bacillary angiomatosis and bacillary peliosis / J. W. Tappero, J. Mohle-Boetani, J. E. Koehler et al. // *JAMA*. - 1993. - Vol. 269. - P. 770-775.
5. Resto-Ruiz S., Burgess A., Anderson B. E. Role host immune response in pathogenesis *Bartonella henselae* // *DNA Cell Biol.* - 2003. - Vol. 22. - P. 431-440.
6. Webster G. F., Cockerell C. J., Friedman-Kien A. E. Clinical spectrum bacillary angiomatosis // *Br. J. Dermatol.* - 1992. - Vol. 126. - P. 535-541.
7. Intracerebral bacillary angiomatosis in a patient infected with human immunodeficiency virus / D. H. Spach, L. A. Panther, D. R. Thorning et al. // *Ann. Intern. Med.* - 1992. - Vol. 116. - P. 740-742.
8. Козько В. Н., Бондаренко А. В., Кацапов Д. В. Диагностика бартонеллезной инфекции у ВИП-инфицированных осіб: Информационный лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 259 // *Інфекц. та паразитарні хвороби*.— 2009. - Вип. 9. - 4 с.
9. Рациональна антибіотикотерапія бартонеллезу / А. В. Бондаренко, С. І. Похил, В. М. Козько та ін. // *Інфекц. хвороби*. - 2007. - № 2. - С. 80-86.

Тұжырым

АИТВ-ЖҰҚПАСЫ БАР ПАЦИЕНТЕРДЕГІ БАЦИЛЛЯРЛЫ АНГИОМАТОЗ ЖАҒДАЙЫ

М.Е. Сорокина

Павлодар облыстық ЖҚТБ-ның алдын алу және оған қарсы күрес орталығы

Мақалада ЖИТС-пен ауратын науқастағы айқын иммунтапшылығы тұсында өлім-жітімге әкелетін бацилярлы ангиоматоз ағымы жағдайы қарастырылған. Клиникалық симптоматика атипичтілігі мен аурудың сәйкес этиотроптық терапиясыз қолайсыз ағымы Қазақстан Республикасындағы иммунтапшылығы жағдайлары кезіндегі мониторингілеу сызбасына бартонеллез диагностикасын енгізу үшін жеткілікті негіздеме болып табылады.

Негізгі сөздер: бацилярлы ангиоматоз, ЖИТС-пен ауратын науқас, иммунтапшылығы.

Summary

THE CASE OF BACILLARY ANGIOMATOSIS IN PATIENT WITH AIDS

M.Ye. Sorokina

Pavlodar regional centre for prevention and control of AIDS

The case of fatal bacillary angiomatosis on the background of immunodeficiency in patient with AIDS is observed. Authors suggest that atypical clinical symptoms and adverse course of the disease in the absence of adequate causal treatment are sufficient for inclusion of bartonellosis in the diagnostic monitoring scheme for patients with immunodeficiency disorders in the Republic of Kazakhstan.

Key words: bacillary angiomatosis, patient with AIDS, immunodeficiency.

УДК 616.36-008-022

Е.М. Смаил, С.Б. Маукаева, А.З. Токаева, К.Б. Малгаждарова, Д.Т. Кусаинова, Г.С. Мухамадиева

Государственный медицинский университет города Семей,

СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ. (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Аннотация

В статье авторы представили клиническое наблюдение пациента с холестазом при хроническом вирусном гепатите В выраженной активности. В проведении лечебных мероприятий, направленных на устранение одного из ведущего синдрома в клинике холестаза – интенсивного кожного зуда – может быть использован адеметионин. Высокая клинически доказанная эффективность препарата в качестве средства патогенетического лечения холестаза сочетается с высокой степенью безопасности, что позволяет рекомендовать данный препарат для терапии внутрипеченочного холестаза различного генеза всем пациентам.

Ключевые слова: холестаз, вирусный гепатит, адеметионин.

Больные с холестатической желтухой всегда находятся в поле особого внимания инфекционистов, хирургов, терапевтов, гастроэнтерологов. Большие трудности испытывают практические врачи как в дифференциации подпеченочного и внутрипеченочного холестаза, так и в проведении лечебных мероприятий, направленных на устранение одного из ведущего синдрома в клинике холестаза – интенсивного кожного зуда. Приводим клиническое наблюдение. Больной О., 31 год поступил на 7-й день болезни в инфекционную больницу г.Семей с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, желтушность склер и кожных покровов, боли в области правого подреберья, потемнение мочи.

Из анамнеза: болен около недели, когда появилась слабость, снизился аппетит, присоединились тошнота и рвота после каждого приема пищи, в течении месяца отмечалось потемнение цвета мочи. На 5 день болезни появилась желтушность склер, в тот же день обратился в центральную больницу Абайского района. Сделан биохимический анализ крови, где обнаружено увеличение АлаТ до 1,08 мккат/л и общего билирубина до 163,6 мкмоль/л. Направлен в инфекционную больницу с подозрением на вирусный гепатит. На следующий день после поступления больного в стационар (18.08.2012 г.) у больного появился кожный зуд, преимущественно в ночное время суток, который постепенно стал усиливаться до интенсивного. Из анамнеза жизни: в 3 года перенес вирусный гепатит, больше ничем не болел. Туберкулезные и венерические заболевания отрицает. Вредные привычки – курение. Аллергоанамнез неотягощен. Эпидемиологический анамнез: 1,5 года назад протезировал зубы. В апреле текущего года был забор крови. Объективные данные при поступлении: общее состояние средней степени тяжести, за счет интоксикации. Сознание ясное. Кожные покровы смуглые

с желтушным оттенком, склеры желтушные. Язык обложен, слизистые ротовой полости чистые. Глотание свободное. Живот правильной формы, пальпаторно живот мягкий, болезненный в области правого подреберья. Печень при пальпации болезненная, по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул жидкий, ахоличный. Моча цвета чая. В обследовании:

1. Динамика показателей АлаТ по датам:
16.08.2012 - 1,08 мккат/л, 20.08.2012 - 0,16 мккат/л,
23.08.2012 - 1,68 мккат/л, 28.08.2012 - 1,68 мккат/л,
06.09.2012 - 1,76 мккат/л, 10.09.2012 - 1,60 мккат/л,
18.09.2012 - 1,80 мккат/л.

2. Исследование крови на маркеры вирусных гепатитов от 23.08.12 г. маркеры:
а-HAV IgM – отрицательно, HbsAg – положительно,
а-Hbcor IgM – отрицательно, а-HCV IgG - отрицательно,
HbeAg - положительно, HCV РНК – отрицательно.

Таблица 1.

Динамика показателей билирубина и его фракций.

Дата	Общий билирубин (мккат/л)	Прямой билирубин (мккат/л)	Непрямой билирубин (мккат/л)
16.08.12	163,6	-	-
20.08.12	139,12	101,52	37,6
23.08.12	214,32	169,2	45,12
28.08.12	221,84	161,68	60,16
06.09.12	330,88	259,44	71,44
10.09.12	206,8	146,64	60,16
18.09.12	259,44	218,08	41,36

Биохимические анализы крови у больного отражали гипербилирубинемию за счет прямой фракции билирубина и гиперферментемии, повышение тимоловой осадочной пробы, гипоальбуминемии.

Таблица 2.

Динамика биохимических показателей.

Дата	Общ белок, (г/л)	Мочевина, (ммоль/л)	Креатинин, (ммоль/л)	Глюкоза, (ммоль/л)	АсаТ, (мккат/л)	Тимоловая проба, (ед.)	Диастаза, (мккат/л)
20.08.12	60	4,7	58,0	5,0	-	8,4	5,8
23.08.12	-	-	-	-	-	6,6	-
28.08.12	56	4,4	52,0	5,0	-	8,7	6,3
06.09.12	70	7,8	102,0	4,7	-	4,4	-
10.09.12	-	6,8	94,0	7,5	0,88	3,8	2,4
18.09.12	58	6,8	98,0	4,5	0,60	5,2	7,5

В клинике у больного одной из основных жалоб стал кожный зуд постоянного характера, усиливающийся в ночное время. Не смотря на проводимую патогенетическую терапию УДХК перорально в дозе 250 мг по 2 капсулы на ночь, этот симптом не только сохранялся, а в

дальнейшем, напротив усилился. Больной похудел, стала возникать депрессия, нервозность ночью во время усиления кожного зуда, который оставался интенсивным. Была назначена компьютерная томография органов брюшной полости на 33 день стационарного

лечения и на 40 день болезни, заключение: явления жирового гепатоза, хронический холецистит с наличием вокруг желчного пузыря жидкостного содержимого (эмпиема?). Хронический панкреатит. Расширение просвета 12- перстной кишки. Пиелозктазия обеих почек. С учетом данных КТ высказано предположение о наличии у больного хронического вирусного гепатита В выраженной активности с переходом в цирроз печени.

В динамике обследования на УЗИ органов брюшной полости появились ультразвуковые признаки гепатита, спленомегалии, реактивного холецистита, асцит. Несмотря на проводимую дезинтоксикационную терапию у больного на сохранялись такие симптомы, как выраженная желтушность кожных покровов и склер, интенсивный кожный зуд, темная окраска мочи, ахоличный стул, потеря веса тела. Осмотр узких специалистов - хирурга от 05.09.12 г.: Вирусный гепатит. Хронический панкреатит, хирург от 25.09.12 г. Хронический гепатит В с переходом в цирроз печени (смешанного типа). Гепатоспленомегалия, асцит. Портальная гипертензия, стадия декомпенсации; дерматолога от 11.09.12 г: Вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести. Генерализованный зуд.

На основании клинико-эпидемиологических данных, результатов инструментальных и лабораторных методов обследования больному был поставлен клинический диагноз: Хронический вирусный гепатит В выраженной активности, холестатический вариант. Осложнения: спленомегалия, асцит. Сопутствующие диагнозы: Хронический холецистит, обострение. Хронический панкреатит, обострение. Эрозивный гастрит. Эрозивный бульбит. Больному проводилась инфузионная терапия, витаминотерапия, сеансы гипербарической оксигенации (ГБО). В настоящее время из лекарственных средств, воздействующих на определенные звенья патогенеза холестаза, используются два: адеметионин (Гептрал) и урсодоэксихолевая кислота (Catalino F., Scarponi S., Cesa F., et al., 1992; De Caestecker I.S., Jazrawi R.P., et al., 1993). Доказательная база применения адеметионина при гестационном холестазах и холестатических формах желтухи (например, при первичном билиарном циррозе) обширна (Моисеев С.И., 2005; Никитин И.Г., Сторожаков Г.И; Буеверов А.О., и др., 2005). Учитывая выраженность кожного зуда в нашем клиническом случае были назначены гепатопротекторы – УХДК и адеметионин. Гептрал назначен был по 10 мл (800 мг)

внутривенно струйно №10, в дальнейшем перорально 400 мг 2 раза в течении 1 месяца. В С учетом того, что Гептрал обладает антидепрессивным и тонизирующим эффектом, препарат рекомендовано было больному принимать в первой половине дня. В динамике через 10 дней приема адеметионина стал уменьшаться зуд кожи, постепенно угасала желтуха, нормализовался сон, но зуд кожи оставался в вечернее время.

Таким образом, в представленном клиническом наблюдении нами установлено, что диагностика синдрома холестаза требует следующей программы обследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, по показаниям компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта с обязательным включением исследования маркеров холестаза (щелочной фосфатазы, гамма-глутаминтранспептидазы). В качестве средств патогенетической терапии вирусного гепатита с холестатическим вариантом течения может быть использован адеметионин. Высокая клинически доказанная эффективность препарата в качестве средства патогенетического лечения холестаза сочетается с высокой степенью безопасности, что позволяет рекомендовать данный препарат для терапии внутрипеченочного холестаза различного генеза всем пациентам.

Литература

1. Буеверов А.О. Возможности патогенетической терапии внутрипеченочного холестаза при лекарственных поражениях печени // Российские медицинские вести. -2010. - №4, Т.15. – С.3-4.
2. Голованов Е.В. Диагностика и лечение внутрипеченочного холестаза при хронических заболеваниях печени // Дис., д.м.н. – М., 2008. – 275 с.
3. Широкова Е.Н. Холестаз: вопросы патогенеза, диагностики // Consilium Medicum. – 2007. – Т.9. - №7. – С. 18-21.
4. Горьков В.А., Раюшкин В.А., Олейчик И.В., Чурилин Ю.Ю. Феномен гептрала: Депрессии, абстинентный синдром, холестаз, артралгии: взгляд фармаколога. Media Medica, 2000. т.2 №6.
5. Ильяшенко Л.Ю., Винницкая Е.В. Пути метаболизма и применение гептрала при хронических заболеваниях печени // Эксп. Клин. Гастроэнтерол. – 2002. – №. 2. – С. 62-64.

Тұжырым

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАР КЛИНИКАСЫНДАҒЫ ХОЛЕСТАЗ СИНДРОМЫ. (КЛИНИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ)

Е.М. Смаил, С.Б. Маукаева, А.З. Токаева, К.Б. Малгаждарова, Д.Т. Кусаинова, Г.С. Мухамадиева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Мақалада авторлар созылмалы вирусты гепатиттің айқын В түрімен ауыратын холестазбен байланысты науқастың клиникалық бақылауын ұсынды. Холестаз синдромын-интенсивті тері қышуын- жоюға бағытталған емдік шаралар жүргізгенде адеметионин препараты қолданылуы мүмкін. Препараттың холестаздың патогенетикалық емінде клиникалық тұрғыда дәлелденген тиімділігі, бұл препараттың бауырішілік холестаздың әртүрлі генезіндегі науқастарға қолданылуына рұқсат беруге мүмкіндік береді.

Ключевые слова: холестаз, вирусты гепатит, адеметионин.

Summary

CHOLESTASIS SYNDROME IN THE CLINIC OF INFECTIOUS DISEASES. (CLINICAL OBSERVATION)

E.M. Smail, S.B. Maukayeva, A.Z. Tokayeva, K.B. Malgazhdarova, D.T. Kussainova, G.S. Mukhamadiyeva

Semey State Medical University

In article authors presented clinical observation of the patient with chronic viral hepatitis B with cholestasis, moderate severity. In treatment of the leading syndrome of cholestasis adefmetionin can be used. Clinically proved high efficacy of the drug as pathogenetic treatment of cholestasis is combined with a high degree of safety that allows us to recommend the drug for the treatment of intrahepatic cholestasis of various origins to all patients.

Key words: cholestasis, viral hepatitis, adefmetionin.

УДК 616.3 (083.132)

Алт.А. Дюсупов, А.З. Дюсупов, Б.Б. Дюсупова, Алм.А. Дюсупов,
А.А. Дюсупова, А.К. Букатов, К.Б. Тлекин, Е.Н. БазарбековГосударственный медицинский университет города Семей,
Поликлиника №2, г. Усть-Каменогорска, Больница скорой медицинской помощи, г.Семей**ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
В ОРГАНАХ КРОЛИКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИВЕННЫХ ИНФУЗИЙ****Аннотация**

Проведен опыт на 27 здоровых кроликах. 22-м кроликам проводилась внутривенная инфузия физиологического раствора в разных объемах. У всех 27 кроликов брались гистологические микропрепараты органов: головной мозг, сердце, легкие, печень и почки. У всех кроликов выявлено исходное отрицательное центральное венозное давление (ЦВД) от $-4,8 \pm 0,9$ до $-10,2 \pm 1,6$ мм водного столба. Введение изотонического раствора в объеме от 100 до 700 мл привело к повышению ЦВД от исходного отрицательного до $183,3 \pm 7,9$ мм водного столба. При морфологической оценке изменений в органах умерших кроликов выявлено, что степень выраженности отека тканей внутренних органов кроликов определялась уровнем ЦВД и соответственно объемом перелитой внутривенно жидкости.

Ключевые слова: центральное венозное давление, внутривенная инфузия, отек тканей.

Актуальность. В настоящее время в клинической практике в качестве контроля объема и скорости внутривенных трансфузий используется показатель центрального венозного давления (ЦВД) в пределах 50-120 мм вод.ст. [1, 2, 3]. Однако, проведенными нами ранее исследованиями, были получены совершенно другие интервалы показателей нормального ЦВД: от отрицательного до слабо положительного, не более 30 мм вод.ст. [4, 5].

Цель исследования. Провести экспериментальный опыт с измерением ЦВД до и в процессе внутривенных инфузий у подопытных кроликов и оценкой морфологического состояния тканей в органах последних после смерти в соответствии с объемом инфузий.

Материал и методы исследования. Проведен опыт на 27 здоровых кроликах. 22-м кроликам проводилась внутривенная инфузия физиологического раствора в разных объемах. У всех 27 кроликов брались гистологические микропрепараты органов: головной мозг, сердце, легкие, печень и почки.

Результаты и обсуждение. Опыт проводился в научной экспериментальной лаборатории Государственного медицинского университета г.Семей.

В зависимости от объема переливаемой жидкости 22 кролика (группа исследования) были разделены на 3 группы. В первой группе кроликов (34,7%) объем жидкости составил от 100 до 200мл, во второй (34,7%) - от 300 до 500 мл и в третьей (26,0%) - от 600 до 700 мл. В качестве контроля были взяты 5 кроликов весом $3670 \pm 196,5$ мг, которым инфузия жидкости не проводилась. Все кролики фиксировались к операционному столу. У кроликов контрольной группы была вскрыта сонная артерия и вся выделенная кровь собиралась в стеклянный мерный сосуд. Объем выделенной крови составил в среднем $125 \pm 7,9$ мл. После этого произведено было вскрытие и взятие кусочков тканей внутренних органов для приготовления гистопрепаратов. То есть проводилась морфологическая оценка тканей органов у практически здоровых кроликов, которые не подвергались каким-либо внешним воздействиям.

Кроликам группы исследования проводилась катетеризация подключичной вены. После этого проводилась внутривенная инфузия физиологического раствора в разных объемах. Всем животным измерялись исходное и поспрансфузионное ЦВД, частота сердечных сокращений (ЧСС), частота дыхательных движений (ЧДД) и температура тела.

По данным исследования исходное ЦВД было отрицательным и составило в среднем $-5,9 \pm 1,5$ $-4,8 \pm 0,9$ и $-10,2 \pm 1,6$ мм вод.ст. соответственно в I, II и III группах животных. При этом ЧСС в группах составила $120,5 \pm 4,0$, $132,6 \pm 3,3$ и $126,6 \pm 4,5$ ударов в минуту. Показатель ЧДД находился на уровне $13,6 \pm 0,2$, $12,4 \pm 0,8$ и $12,6 \pm 1,0$ в минуту соответственно. Температура тела у всех подопытных кроликов была нормальной в течение всего эксперимента.

Иная картина сложилась в процессе проведения инфузий. Так в группе кроликов, где объем инфузий составил $147,5 \pm 17,5$ мл, величина ЦВД достоверно увеличилась до $91,0 \pm 9,2$ мм вод.ст., ЧСС до $175 \pm 3,2$ ударов в минуту и ЧДД до $21,5 \pm 0,5$ в минуту ($P < 0,001$). Во второй группе, где объем вливаемой жидкости был на уровне $387,7 \pm 37,6$ мл, параметры ЦВД, ЧСС и ЧДД соответственно повысились до $138,2 \pm 2,2$ мм вод.ст., $190,8 \pm 2,4$ ударов в минуту и $25,3 \pm 0,6$ в минуту ($P < 0,001$). И в третьей группе кроликов, в которой было произведено переливание в среднем $662,5 \pm 27,7$ мл изотонического раствора выявлена более значительная достоверная динамика основных показателей ЦВД ($183,3 \pm 7,9$), ЧСС ($217,8 \pm 4,8$) и ЧДД ($30,1 \pm 1,1$).

Таким образом, уровень ЦВД у подопытных кроликов определялся объемом проводимой инфузий.

После смерти всем исследуемым кроликам в экспериментальной научной лаборатории проводилась вскрытие. После этого были изготовлены гистологические стеклопрепараты, окрашенные гематоксилином и эозином. Гистологические исследования характеризовались оценкой отека органов по системе крестов, когда их количество определяло степень выраженности (резко выраженный -Н+++, выраженный -н++, умеренный ++, слабый + и нет отека). Изучая морфологические изменения в органах умерших кроликов нами обнаружено, что в группе контроля (5 кроликов) в 2 срезах головного мозга, 2 срезах легких (очагового характера) и в 1 срезе сердца выявлен слабый отек, в остальных срезах вышеуказанных органов и во всех гистопрепаратах печени и почек отека тканей не было обнаружено. В первой группе (от 100 до 200 мл) из 8 кроликов отмечался резко выраженный отек головного мозга (4 среза), выраженный отек сердца, легких, печени и почек (14 срезов) и умеренный отек во всех органах (22 среза). Во второй группе (от 300 до 500 мл) из 8 исследуемых выявлен резко выраженный отек головного мозга, легких и печени (10 срезов) и выраженный отек во всех органах (30

срезов). И в третьей группе (от 600 до 700 мл) из 6 кроликов имел место резко выраженный отек во всех органах (30 срезов).

Таким образом, в группе с минимальным объемом жидкости имели место резко выраженный, выраженный и умеренный отек тканей, во второй группе - резко выраженный и выраженный отек и в третьей группе с максимальным в данном эксперименте объемом жидкости только резко выраженный отек тканей органов. В группе контроля же отек тканей органов если и присутствовал, то слабый, очагового характера и в единичных стеклопрепаратах.

Чем обусловлено развитие резко выраженного и выраженного отека жизненно важных органов (мозг, легкие, сердце, печень, почки)? Этим вопросом мы задавались при проведении дифференцированного подхода к причине смерти больных, которым проводилась интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия. Последнее имеет отражение в наших предыдущих работах. В нашем эксперименте причина может лежать только в гипervолевическом состоянии организма кроликов в результате проведения неадекватной инфузий изотонического раствора, о чем свидетельствуют высокие цифры ЦВД. Это находит подтверждение и при морфологической оценке состояния тканей внутренних органов животных. С увеличением объема переливаемой жидкости увеличивалась степень выраженности отека тканей основных жизненно важных органов подопытных кроликов (резко выраженный отек тканей наблюдался у кроликов с показателем ЦВД в среднем $144,5 \pm 27,4$ мм вод.ст., выраженный отек отмечен у подопытных с уровнем ЦВД $104,8 \pm 13,0$ мм вод.ст., умеренный отек при ЦВД $97,3 \pm 8,9$ мм вод.ст.). Следует отметить, что искусственная гипervолемия привела к тому, что у всех животных, особенно во второй и третьей группах имело место накопление жидкости в серозных полостях.

Данным экспериментальным опытом мы хотели исследовать нормальные показатели ЦВД у практически здоровых животных, система кровообращения которых

схожа с человеком, а также выяснить к чему может привести неадекватная инфузия жидкости, чем опасно гипervолевическое состояние. Ответы на эти вопросы мы нашли при проведении сравнительной морфологической оценки изменений в тканях внутренних органов кроликов групп исследования и контроля.

Таким образом, результаты эксперимента отражают заключения, полученные и освещенные в прежних наших статьях об отрицательных значениях нормального ЦВД и развитии отека жизненно-важных внутренних органов человека в случае формирования состояния гипervолемии организма.

Выводы:

1. У всех кроликов выявлено исходное отрицательное ЦВД от $-4,8 \pm 0,9$ до $-10,2 \pm 1,6$ мм вод.ст.
2. Введение изотонического раствора в объеме от 100 до 700 мл привело к повышению ЦВД от исходного отрицательного до $183,3 \pm 7,9$ мм вод.ст.
3. При морфологической оценке изменений в органах умерших кроликов выявлено, что степень выраженности отека тканей внутренних органов кроликов определялась уровнем ЦВД и соответственно объемом перелитой внутривенно жидкости.

Литература:

1. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. – Москва: Литтерра. – 2010. – С. 330-397.
2. Рыбакова М.Г., Жидков К.П., Клечиков В.З. Клиническая патоморфология критических состояний // Архив патологии. - 2005. - Т.67, №5. - С. 41-48.
3. Пермьяков Н.К. Патология реанимации и интенсивной терапии. - Москва. «Медицина». 1985. – 112с.
4. Дюсупова А.А. Гемодинамические аспекты при инфузионной терапии в неотложной практике.- Республиканский журнал «Поиск» №2. – Алматы, 2007 - С. 120-123.
5. Дюсупова А.А. Гемодинамические аспекты при ожоговой болезни.- Международная конференция молодых ученых.- Минск, 2008.- С. 20-21.

Тҗырым

ВЕНА ИШЛІК ИНФУЗИЯ ЖАСАУ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ҮЙҚОЯНДАРЫНЫҢ АҒЗАСЫНДА ПАЙДА БОЛҒАН МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР ЖӘНЕ ОРТАЛЫҚ ВЕНАЛЫҚ ҚЫСЫМЫ

Алт.А. Дюсупов, А.З. Дюсупов, Б.Б. Дюсупова, Алм.А. Дюсупов, А.А. Дюсупова, А.К. Букатов, К.Б. Тлекин, Е.Н. Базарбеков

Семей қ. мемлекеттік медицина университеті, Өскемен қ. №2 Емхана,

Семей қ. Жедел медициналық көмек ауруханасы

27 дені сау үйқоянына тәжірибе жүргізілді. 22 үйқоянына әр түрлі көлемдегі физиологиялық ерітіндімен вена ішілік инфузия жасалды. Барлық 27 үйқоянының ағзаларынан гистологиялық микропрепараттар алынды: бас ми, жүрек, өкпе, бауыр және бүйрек. Барлық үйқоянынан сулы бағанадан есептегенде $-4,8 \pm 0,9$ дейін - $10,2 \pm 1,6$ мм шыққан теріс орталық веналық қысым (ОВҚ) анықталды. 100ден 700 мл-ға дейін көлемдегі изотониялық ерітіндіні енгізу шығатын терістен сулы бағанамен $183,3 \pm 7,9$ мм дейінгі жоғары ОВҚ тудырды. Өлген үйқояндарының ағзасындағы өзгерістерге морфологиялық баға беру олардың ағзасында ішкі талшықтардың ісік дәрежесі ОВҚ деңгейімен және құйылған вена ішілік ерітінді көлеміне сәйкес анықталды.

Негізгі сөздер: орталық веналық қысым, вена ішілік инфузия, талшықтар ісігі.

Summary

CENTRAL VENOUS PRESSURE AND MORPHOLOGICAL CHANGES IN ORGANS OF RABBITS AT INTRAVENOUS INFUSION

Alt.A. Dyussupov, A.Z. Dyussupov, B.B. Dyussupova, Alm.A. Dyussupov, A.A. Dyussupova,

A.K. Bukatov, K.B. Tlekin, Ye.N. Bazarbekov

Semey State Medical University, Polyclinic №2 of the Ust-Kamenogorsk city, Emergency Hospital of the Semey city

Experiment was performed on 27 healthy rabbits. To 22 rabbits the intravenous infusion of normal saline solution was done in different amounts. At all 27 rabbits the histology preparations were taken: brain, heart, lungs, liver and kidneys. All rabbits showed negative initial central venous pressure (CVP) from $-4,8 \pm 0,9$ to $-10,2 \pm 1,6$ mm of water column. Infusion of isotonic solution in a volume of 100 to 700 ml resulted in increased CVP from the original negative to $183,3 \pm 7,9$ mm of water column. At morphological assessment of changes in the organs of dead rabbits was found that the severity of edema of the internal organs of rabbits was determined by the level of CVP and accordingly the volume of infused intravenous fluids.

Key words: central venous pressure, intravenous infusion, tissue edema.

Мазмұны

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау мекемесі	
У.С. Самарова, Д.С. Мусина	6
Халыққа алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыруды жақсарту	
А.М. Ысқақова, М.В. Горемыкина	
Семей қаласының тұрғындарының медициналық көмек көрсету сапасы мен қол жетімділік туралы көз – қарастырының әлеуметтік зерттеу нәтижелері	
Медициналық білім берудің сұрақтары	
Э.О. Балтабаева	10
Медициналық жоғарғы оқу орындарында мамандықтар бойынша мәтіндер арқылы кәсіби тілдесуге оқыту	
Мақалалар	
А.А. Дюсупов, А.А. Карпенко, А.З. Дюсупов, Алм.А. Дюсупов, А.А. Дюсупова, А.К. Букатов, К.Б. Тлекин	12
Құрсақтық аорта инфрареналды аневризмасымен науқастарды хирургиялық емдеуден кейін отаданкейінгі ерте өлім жітім	
М.М. Гладинец, А.К. Садыков, Ә.Т. Маратова, Н.С. Шарипова, Д.Н. Кенжалина	16
Көкбауыр жаракаты кезіндегі хирургиялық тактика	
М. К. Кирпин	18
Жарығы бар науқастың шап каналының артқы қабырғасының пластикасы	
М.К. Сыздықбаев, И.Т. Тумарбаев, Р.Ч. Саламбаев, Б.А. Кенжин, Д.М. Секербаев, К.Л. Искаков, В.Р. Кригер	20
Жаңа туған нәрестеде өңештің атрезиясы диагнозын анықтау және алғашқы көмек корсету	
Т.А. Кусаинов, М.А. Семикина, А.А. Березинец	23
Гастродуоденалды қан кеткен науқастарды ретроспективті талдау	
Алт.А. Дюсупов, А.З. Дюсупов, Б.Б. Дюсупова, Алм.А. Дюсупов, А.А. Дюсупова, А.К. Букатов, К.Б. Тлекин	25
Эхокардиографиялық зерттеу мәліметтер бойынша инфузионды-трансфузиялық терапия жүргізу кезіндегі науқастардағы гемодинамиканы байқау	
Д.Х. Даутов, Р.А. Азаматова, А.К. Токабаев, Ж. Жетмекова, Ж.Маженова, Р.М. Жумамбаева	27
Радиациялық фактордың әсеріне шалдыққан жедел ми қанайналымының бұзылыстары бар науқастардың реабилитациясының тиімділігі	
Р.М. Жумамбаева, Д.Х. Даутов, Д.К. Кожаметова, И.А. Избасарова, Л.Б. Дюсенова, Г.Т. Токабаева	30
Радиациялық зардап шеккен және жүрек- қан тамырлар жүйесі ауруларымен сырқаттанатын геронтологиялық науқастардың реабилитациясы	
К.К. Джаксалыкова, Г.Т. Камашева, Ш.В. Назыров, К.Д. Абаева, А.П. Бурбаева	32
Бұрынғы ядролық полигон территориясына жақын орналасқан аудандардағы балаларды скринингтік тексеру нәтижелер	
К.К. Джаксалыкова, Г.Т. Камашева, Ш.В. Назыров, К.Д. Абаева, А.П. Бурбаева	33
Бұрынғы ядролық полигон территориясына жақын орналасқан аудандардағы балаларды скринингтік тексеру нәтижелер	
Г. Тұрдүнова, М. Рапикова, С. Тілегенова, К. Тұрдүнов, С. Смагулов	36
Денсаулықтың негізгі аспекті ретіндегі тағам өнімдерінің қауіпсіздігі туралы сұраққа	
Т.И. Терехова, К.А. Мукаметжанова, А.Л. Алимбекова, А.П. Бурбаева, О.А. Макарова, Е.В. Цыпқунова, И.Ю. Бургучева, Г.М. Гурьянова, Е.А. Госсен	39
Балалар арасындағы инфекциялық пневмококктың өзекті мәселелері	
К.С. Игембаева, Н.Н. Сыздықбаева, Д.А. Байгожина, Р.С. Игембаева, А. Измайлова	42
Жасөспірімдердегі тыныс ағзалары туберкулезін DOTS	
Д.А. Байгожина	44
Туберкулезбен ауыратын балалардың туберкулинге сезімталдығына әсер ететін себептер	
К.С. Игембаева, Н.Н. Сыздықбаева, Д.А. Байгожина, Р.С. Игембаева, А. Измайлова	45
Қазіргі замандағы балалармен жасөспірімдердегі туберкулез	

О.А. Искакова	47
Қанның иммуногематологиялық зерттеулері үшін гелдік технологияны қолдану	
С.Е. Өзбекова, Б.А. Жетпісбаев, А.К. Мұсайнова, Д.Е. Өзбеков, Г.С. Шалғымбаева	50
Фракционалданған гамма-сәулеленуден кейін ұзақ мерзім кезеңінде организм	
иммунитетіндегі спецификалық емес фагоцитарлық бөліміне имунофанның әсері	
Ж.Н. Нұрмұхамбетов, А.Ж. Нұрмұхамбетова, С.А. Богатова	52
«ГИАМАТРИКС» жасанды биотерімен трофикалық жараны емдеу әсері	
М.Т. Жусупова	55
2007–2011 жж. Екібастұз аймағында инъекциялық есірткі тұтынушы нашакорлар	
арасында эпидемиологиялық қадағалау нәтижелері	
Л.В. Проскура	58
Түбіркулез және аитв-жұқпасының қосарлануы	
К. Кунанбай, А.К. Каирбеков, С.Б. Сламжанова, Р.Р. Олжаева, Е. Оразбеков,	61
А.Р.Сураншиева	
Эффективность использования средств растительного происхождения при лечении	
заболевания суставов	
Г.К. Абаева, С.А. Коробаева, И.В. Тюкова, Н.Р. Искакова, Р.М. Жумамбаева	63
Метаболикалық синдромы бар науқастар қанының липидтік спектрі және эритроциттер	
агрегациясы	
Н.А. Жунусова	65
Жер асты суларына шаруашылық қызметтің ықпалы	
Ш.Е. Қалиханова, Ф.С. Рахимжанова, Г.А. Берекенова, Қ.Е. Қалиханова	66
Органолептические свойства воды	
Ш.Е. Қалиханова, Р.Ж. Фатхуллина, Ф.С. Рахимжанова, Г.А. Берекенова,	68
К.Е. Калиханова	
Физические, химические свойства воды и эпидемиологическая безопасность	
Тәжірибеден жағдай	
Л.В. Проскура	71
АИТВ және түбіркулез қос патологиясы бар науқастағы алға дамушы мультифокальды	
лейкоэнцефалопатияның даму жағдайы	
М.Е. Сорокина	73
АИТВ-жұқпасы бар пациенттердегі бациллярлы ангиоматоз жағдайы	
Е.М. Смаил, С.Б. Маукаева, А.З. Токаева, К.Б. Малгаждарова, Д.Т. Кусаинова,	76
Г.С. Мухамадиева	
Инфекциялық аурулар клиникасындағы холестазсиндромы. (Клиникалық бақылау)	
Алт.А. Дюсупов, А.З. Дюсупов, Б.Б. Дюсупова, Алм.А. Дюсупов, А.А. Дюсупова,	78
А.К. Букатов, К.Б. Тлекин, Е.Н. Базарбеков	
Вена ішілік инфузия жасау жағдайындағы үйқояндарының ағзасында пайда болған	
морфологиялық өзгерістер және орталық веналық қысымы	
Мерейтой	
Имангазинов С.Б. 60-жылдығына арналған	80
Жигитаев Х.Т. 60-жылдығына арналған	81



ИМАНГАЗИНОВ САГИТ БАЙМУХАНОВИЧ (к 60-летию со дня рождения)

18 февраля 2013 года исполняется 60 лет со дня рождения прекрасного клинициста-хирурга высшей категории, организатора здравоохранения высшей категории и ученого профессора Имангазина Сагита Баймухановича.

Имангазинов С.Б. родился в руднике Торт-Кудук Баян-Аульского района Павлодарской области. В 1976 году окончил лечебный факультет Семипалатинского государственного медицинского института. С 1976 по 1993 годы работал врачом хирургом, заведующим операционным блоком, заместителем главного врача по хирургической службе, секретарем комсомольской и партийной организаций городской больницы №1 г. Павлодара. В 1993 году без отрыва работы подготовил и защитил кандидатскую диссертацию по гнойной хирургии.

С 1993 году был назначен начальником медицинской службы УВД Павлодарской области. Имел специальное воинское звание подполковник МВД РК. За время работы в медслужбе УВД возглавил реформу противотуберкулезной помощи осужденным с

применением ДОТС-стратегии в рамках программы «Тюремной реформы» в исправительных учреждениях области, что позволила в десятки раз снизить заболеваемость и смертность от туберкулеза среди осужденных.

В разгар экономического кризиса в системе в октябре 1998 года по конкурсу Имангазинов С.Б. был назначен начальником департамента здравоохранения Павлодарской области. Им была предложена Программа выхода здравоохранения региона из депрессии путем внедрения практики организаций медицинской помощи по принципу семейной медицины (семейных врачебных амбулатории), свободного выбора врача и медицинских организаций пациентами, механизма фондодержания - первой апробированной на практике в республике новой технологий «деньги следуют за больными».

С 2002 по 2007 годы возглавлял Павлодарский областной СПИД-центр. С декабря 2007 года является директором Павлодарского филиала Государственного медицинского университета г. Семей.

Имангазинов С.Б. признанный ученый-медик из практического здравоохранения. В 2006 году была защищена докторская диссертация по дозорному эпиднадзору и новым технологиям профилактики ВИЧ-инфекции, в 2010 году присвоено ученое звание профессора медицины.

Основные научные направления профессора Имангазина С.Б.: клиническая хирургия, ферментология в хирургии, физиотерапия в хирургии, пенитенциарный травматизм, пенитенциарная фтизиатрия, эпиднадзор и профилактика ВИЧ-инфекции, общественное здоровье и здравоохранение.

Он многие годы разрабатывал проблемы хирургической инфекции. Им предложено и обосновано использование иммобилизованных ферментов и физиотерапии (ультразвук, лазерные лучи) в лечении хирургической инфекции.

Профессор Имангазинов С.Б. и его ученики разработали клинико-эпидемиологические вопросы региональной политики профилактики ВИЧ-инфекции. Изучались особенности ВИЧ-инфекции среди женщин, были предложены инновационные технологии профилактики ВИЧ-инфекции среди населения, прежде всего, по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку.

Он автор 300 научных публикации, в том числе 11 монографии, 8 изобретений, 13 рацпредложений, 4 методических учебных пособия и методических рекомендаций.

Под научным руководством профессора Имангазина С.Б. были подготовлены и защищены 4 кандидатских и 1 докторская диссертаций. Все его ученики врачи практического здравоохранения.

В течении 2007-2008 годов являлся членом диссертационного совет по защите докторских диссертации при государственном медицинском университете г. Семей, с 2009 года является членом экспертного совета (ВАК) Комитета по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан, член редакционных коллегий научных журналов «Валеология» (Астана) и «Вестник ПГУ им. С.Торайгырова» (Павлодар).

Нельзя не сказать о высоких личностных качествах профессора Имангазина С.Б. как эрудита в вопросах не только медицины, но и литературы и искусства, о смелости мысли и человеческой простоте, о высокой нравственности и принципиальности. В 2012 году издал сборник рассказов и эссе в книге «Есімде менің сол бір кез...».

Многочисленные коллеги, ученики, сотрудники и друзья сердечно поздравляют Сагита Баймухановича с юбилеем и желают ему здоровья и активной творческой деятельности.

Е.К. Каирханов,
заведующий кафедрой хирургии ФУВ Павлодарского филиала
Государственного медицинского университета г. Семей,
доктор медицинских наук



ЖИГИТАЕВ ХАЙРУЛЛА ТУКАНОВИЧ (к 60-летию со дня рождения)

6 марта 2013 года исполняется 60 лет со дня рождения и 35 лет трудовой деятельности директору КГКП «Восточно-Казахстанский областной центр крови», организатору здравоохранения высшей квалификационной категории, внештатному врачу-трансфузиологу Управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области **Хайрулле Тукановичу Жигитаеву**.

Х.Т. Жигитаев родился в с.Лесная Пристань Зырянского района Восточно-Казахстанской области, в семье лесоруба. В 1970 году поступил на лечебный факультет Семипалатинского Государственного медицинского института. В студенческие годы активно занимался спортом, в составе сборной команды Семипалатинского Государственного медицинского института, неоднократно занимал призовые места на городских, областных, республиканских соревнованиях по борьбе «самбо». В 1977 году после окончания интернатуры приступил к трудовой деятельности врачом-инфекционистом в МСЧ пос.Белоусовка Глубоковского района Восточно-Казахстанской области.

Как организатор здравоохранения, свою трудовую деятельность начал в самом большом районе Восточно-Казахстанской области, в марте 1983 года Хайрулла Туканович

был назначен заведующим районной поликлиники Зырянского района с возложением обязанности главного врача сельской участковой больницы с.Парыгино. В декабре 1983 года был назначен главным врачом ЦРБ Зырянского района. Для улучшения качества оказания медицинской помощи сельскому населению в то время под его руководством было построено новое здание для ЦРБ и четыре типовых врачебных амбулатории с оснащением современным медицинским оборудованием и полным укомплектованием медицинскими кадрами. С февраля 1987 года работал главным врачом Серебрянской центральной больницы. Внес большой вклад по развитию материально-технической базы сельского здравоохранения и привлечению молодых врачебных кадров для работы в районе. Активно проводил общественную работу, неоднократно избирался депутатом районного совета народных депутатов Зырянского и Серебрянского районов.

С марта 1992 года, в порядке служебного перевода, был назначен заведующим отделом здравоохранения Восточно-Казахстанской областной администрации. В этой должности проработал до ноября 1998 года. В 1986 году прошел подготовку на курсах резерва руководящих кадров здравоохранения при центральном институте усовершенствования врачей г. Москвы. Проходил повышение квалификации по организации здравоохранения в США, принимал участие в семинарах по менеджменту в страховой медицине в Англии и США. Работая в должности заведующим областным отделом здравоохранения, активно участвовал в решении сложнейших проблем периода становления Независимого Казахстана, когда проводилась оптимизация и реформирование здравоохранения, связанная с реструктуризацией и сокращением больниц, внедрением экономических методов управления. По его инициативе была сохранена и усовершенствована структура организаций здравоохранения области. В 1995 году Х.Т.Жигитаев был награжден значком «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігіне».

В ноябре 1998 года в порядке служебного перевода, был назначен директором Восточно-Казахстанского областного центра крови.

За время работы директором областного центра крови, при его активном участии начато строительство типового центра крови, внедрены современные технологии для обеспечения безопасности и высокого качества компонентов и препаратов крови:

- Скрининг донорской крови на инфекции методом ИФА(ИХЛА) с использованием высокочувствительных тест-систем.
- Скрининг донорской крови на инфекции методом ПЦР на анализаторе закрытого типа.
- Проведение иммуногематологических исследований методом гелевой технологии.
- Получение плазмы методом аппаратного плазмафереза
- Замораживание плазмы на контактном быстрозамораживателе для сохранения активности факторов свёртывания.
- Карантинизация свежемороженой плазмы, лейкофилтрация компонентов крови.

В 2007 году Жигитаев Х.Т. избирался делегатом III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан в г.Астана.

Х.Т. Жигитаев – принципиальный руководитель, обладает способностью мыслить системно, охватывая все стороны дела и влияющие факторы, и принимать неординарные решения, всегда действует последовательно и целеустремленно, добиваясь поставленной цели, обладает широким политическим кругозором. Имеет второе высшее образование по специальности «юрист». Указом Президента от 10 ноября 2011 году награжден медалью «Қазақстан Республикасының тәуелсіздігіне 20 жыл».

Высокая личная культура, широкая эрудиция, интеллигентность, порядочность, демократичность снискали Хайрулле Тукановичу Жигитаеву заслуженный авторитет и уважение среди медицинской общественности и населения области.

В свой славный юбилей Х.Т. Жигитаев полон творческих сил, энергии и замыслов. Медицинская общественность горячо поздравляет Хайрулла Тукановича Жигитаева с юбилеем! От всей души желают крепкого здоровья, долгих лет жизни, успехов в практической работе и исполнения творческих замыслов!

Государственный медицинский университет г. Семей

Подписано в печать 26.02.2013 г.

Формат А4. Объем 12,0 усл.п.л. Тираж 500 экз.