



**Science & Health Care**

**Научно-практический журнал**

**Ғылым мен  
Денсаулық Сақтау  
Наука и  
Здравоохранение**



**5' 2012**

**Semey - Семей**

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

# НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинский научно-практический журнал

№ 5 2012 г.

Журнал основан в 1999 г.

С 2001 г. журнал входит в  
Перечень изданий,  
рекомендованных  
Комитетом по надзору и  
аттестации в сфере  
образования и науки  
Министерства образования и  
науки РК, для публикации  
основных научных  
результатов диссертаций

#### Учредитель:

Государственный  
медицинский университет  
города Семей

E-mail: [selnura@mail.ru](mailto: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 HSBKQZKX  
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 29.10.2012 г.  
Формат А4. Объем 23,1 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

<b>Организация здравоохранения Республики Казахстан</b>	
<b>Т.К. Рахыпбеков, Ж.Б. Базарбек, М.В. Горемыкина, С.С. Кырыкбаева</b>	<b>6</b>
Эффективность скрининговых обследований населения Восточно-Казахстанской области рамках реформирования здравоохранения Республики Казахстан по программе «Саламатты Қазақстан»	
<b>А.К. Ситказинов</b>	<b>9</b>
Актуальные аспекты первичной медико-санитарной помощи	
<b>Ж.Б. Ибраева З.А. Хисметова</b>	<b>12</b>
Реализация скрининговых программ в Казахстане на современном этапе	
<b>Статьи</b>	
<b>Л.К. Каражанова, Д.А. Муканова, Ж.У. Кусегенова, А.М. Жанболатова</b>	<b>14</b>
Острое повреждение почек. Современные аспекты диагностики и лечения	
<b>Л.К. Каражанова, А.А. Чиныбаева, М.А. Капакова</b>	<b>18</b>
Роль холтеровского мониторирования экг в диагностике генетических синдромов (каналопатии) с риском жизнеугрожающих аритмий	
<b>L.M. Pivina, A.S. Kerimkulova</b>	<b>22</b>
Developing of methodologies for predicting, early diagnosis, treatment and prevention of cardiovascular diseases in the population exposed to radiation	
<b>А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабаяева, А.Е. Нуржанова, Н.А. Жумырбаева, М.К. Адиева, Б.Қ. Құрманғажина, Н.С. Слямханова</b>	<b>25</b>
Артериалды гипертонияның емхана жағдайында анықталу жиілігі	
<b>Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова, Г.Б. Батенова</b>	<b>27</b>
Немедикаментозная коррекция дислипидемии как важный фактор профилактики атеросклероза и его осложнений	
<b>Л.И. Павлова, К.С. Калиекова, Э.К. Ожмухаметова, М.И. Шерстобитова</b>	<b>28</b>
Роль аденозина в сократительной функции миокарда	
<b>А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабаяева, А.Е. Нуржанова, Н.А. Жумырбаева, М.К. Адиева, Б.Қ. Құрманғажина</b>	<b>30</b>
Метаболикалық синдром кезіндегі тамақтану ерекшеліктері	
<b>Б.Х. Мусабаева, К.Б. Мурзагулова, Л.К. Оразжанова, А.Н. Сабитова</b>	<b>33</b>
Наночастицы металлов в медицине и фармации	
<b>Е.О. Масалимов, М.К. Сыздықбаев, М.Т. Аубакиров, Р.Ш. Саланбаев, Б.А. Исаханова, А.Д. Жаркимбаева, А.Д. Мукашева, С.Д. Мейрамгазы, Ж.К. Канапиянов</b>	<b>36</b>
К вопросам организации лечения новорожденных с атрезией пищевода	
<b>А.О. Мысаев, Т.А. Булегенов, Е.Е. Шершнев, Н.В. Изотова, Р.В. Лагно</b>	<b>39</b>
Инструмент для определения медико-социального статуса водителей в рамках безопасного дорожного движения	
<b>Г.О. Ілдербаева, А.С. Арғынбекова, О.З. Ілдербаев, Д.Е. Узбеков</b>	<b>42</b>
Гамма-сәуленің жас ерекшелігіне қарай иммундық жүйеге әсері	
<b>К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, О.А. Горковенко, Л.И. Жунускалиева, А.А. Измайлова, Н.В. Сушко</b>	<b>44</b>
Результаты поддерживающей фазы лечения у больных с впервые выявленным туберкулезом легких	
<b>К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, О.А. Горковенко, Р.К. Бихиянова, Н.К. Селиханова, Л.И. Жунускалиева, А.А. Измаилова, Д.М. Кадырбаева</b>	<b>45</b>
Эффективность комплексного лечения больных с мультирезистентным туберкулезом в режиме DOTS-plus	
<b>С.М. Адильгожина, М.С. Адильгожин, М.К. Исадилова, Ж.Т. Сабитов</b>	<b>47</b>
Эффективность применения мометокса при псориазе	
<b>А. Мергентай</b>	<b>49</b>
Көпбейінді стационарлардың микроб пейзажына талдау	
<b>Е.М. Смаил, И.Л. Кадышева, Б.Д. Даутканова</b>	<b>50</b>
Эпидемиологическая и бактериологическая характеристика сальмонеллеза в городе Алматы	
<b>Ф.Г. Сайфуллина, С.К. Дуkenова, А.К. Бекжанова, Н.М. Сапаргалиева, Б.Б. Кужахметова</b>	<b>52</b>
Вирусные энцефалиты, как проявление тяжелого течения герпетической инфекции	
<b>А.А. Бекжигитова</b>	<b>55</b>
Әртүрлі экологиялық қолайсыз аймақтардағы жалпы өлімділіктің жағдайы мен динамикасының ерекшеліктері	

<b>А.К. Мухаметкалиева</b>	57
Анализ работы химико-токсикологического отделения Восточно-Казахстанского филиала РГКП «Центр судебной медицины» Министерства Здравоохранения Республики Казахстан за период 2009-2011гг	
<b>М.Т. Копбаева, Л.Ж. Жунусова, Э.Е. Сыдыкова, Ш.М. Косдаулетова</b>	61
Клинико-лабораторное обоснование лечения пародонтита с использованием Вектор-системы	
<b>А.А. Алмагамбетова, М.Г. Раимова, Р.М. Байжуманова, Г.К. Алтыбаева</b>	64
Эффективность групповой психотерапии при нервно-психических расстройствах	
<b>Материалы научно-практической конференции молодых ученых ГМУ города Семей «Актуальные проблемы современной медицины», посвященной дню Первого Президента Республики Казахстан</b>	67
<b>А.О. Аймагамбетова</b>	68
Действие тромболитической терапии на цитокиновый статус у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	
<b>А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, А.Б. Ахметбаева, А.Т. Токенбаева, А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.С. Жабагина</b>	70
Клинико-рентгенологические проявления переломов напряжения (ПН)	
<b>А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, А.В. Рахимбеков, К.В. Тимофеева</b>	73
Нейровизуализация нарушений органогенеза головного мозга	
<b>А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, Н.Т. Масалимова, А.В. Рахимбеков, Ж. Турсынканова, А. Мухамедова</b>	76
Роль гистеросальпингографии в диагностике бесплодия	
<b>С.Е. Беззубенко</b>	81
Внедрение научно-обоснованных технологий оптимизации лечебной тактики при воспалении червеобразного отростка слепой кишки	
<b>Н.Е. Глушкова</b>	83
Факторы, влияющие на доступ к медико-социальным сервисам студентов иностранного отделения	
<b>М.В. Горемыкина, О.П. Цигенгагель</b>	86
Имеет ли врач правовую защиту? (Обзор литературы)	
<b>М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлюбаева, А.С. Тлемисов, М. Тлемисова, Д.Г. Тусмагамбетова, Ж.Т. Алимбаева</b>	88
Семей қаласындағы перинатальды көмек сапасын бағалау	
<b>А.А. Дюсупова</b>	89
Центральное венозное давление при инфузионной терапии неотложных состояний	
<b>А.А. Дюсупова, А.М. Досбаева, С.Б. Амангельдинова, Н.С. Зготова, К.А. Сеилханова, В.Т. Ахметова, Г.Ж. Акимбаева</b>	91
Инфузионно-трансфузионная терапия и оценка состояния центральной и легочной гемодинамики	
<b>М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, О.А. Юрковская, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева</b>	92
Дисгормональные заболевания молочной железы у женщин климактерического возраста на фоне тиреоидной патологии	
<b>Ж.О. Жакиянова, А.С. Кудербаева</b>	96
Особенности эндовидео диагностики и оценки микрофлоры среднего уха больных хроническим гнойным средним отитом	
<b>А.К. Жанатбекова</b>	97
Молекулярно-генетические основы артериальной гипертензии	
<b>А.С. Жунуспекова</b>	100
Организация школы артериальной гипертонии в городе Семей	
<b>Ж.К. Заманбекова, М.Ж. Еспенбетова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, О.А. Юрковская</b>	102
Фитотерапия в лечении дисгормональных заболеваний молочной железы у женщин репродуктивного возраста	
<b>А.М. Искакова, М.В. Горемыкина, С.С. Кырыкбаева</b>	104
Анализ изучения мнения населения города Семей о качестве предоставления амбулаторно-поликлинической помощи	
<b>К.У. Кембаева, А.А. Алтынбекова</b>	106
Характеристика техногенного воздействия на подземные воды	

<b>А.Е. Кожуханова</b>	109
Факторы риска рождения детей города Семей с малой массой тела	
<b>L.G. Kozhekenova</b>	111
Concept of providing quality of cardiac care	
<b>Д.Б. Қозубаева, Х.С. Жетписбаева, О.З. Ильдербаев, Н.К. Кудайбергенова</b>	113
Асбест шаңымен 6 гр ү-сәуленің бірлескен әсеріне шалдыққан организмнің иммундық статусына фитопрепараттың әсері	
<b>Н.К. Кудайбергенова, Г.Ж. Абдрахманова</b>	115
Опыт применения мометокса в терапии atopического дерматита у детей	
<b>Н.К. Кудайбергенова, Г.Ж. Абдрахманова, Х.С. Жетписбаева, Д.Б. Козубаева</b>	117
Применение ролиноза в лечении аллергических дерматозов	
<b>Л.Б. Курмангалиева, Г.Д. Довгаль, А.Е. Ислямова</b>	118
Профилактические и противоэпидемические мероприятия при сальмонеллезах в условиях города Семей	
<b>Л.Б. Курмангалиева, Г.Д. Довгаль, А.Е. Ислямова</b>	120
Эпидемиологическая ситуация по сальмонеллезу за 2011 г. в условиях города Семей	
<b>З.А. Манамбаева, И.М. Иманбаева, А.С. Рымбаева, Л.А. Пак</b>	123
Тканевые факторы иммунитета при доброкачественных опухолях тела матки	
<b>З.А. Манамбаева, Б.А. Апсаликов, К.Т. Жабагин, Е.А. Оспанов, К.Ж. Камзин</b>	124
Результаты лучевой терапии рака легких и применения предуктала	
<b>З.А. Манамбаева, Б.А. Апсаликов, Е.А. Оспанов, А.Ж. Кажитаев</b>	125
Эффективность бисфосфонатов при множественных костных метастазах рака молочной железы	
<b>З.А. Манамбаева, М.А. Мусульманова, А. Бауржан, К.Б. Оспанова, А.М. Кажитаев</b>	126
Некоторые изменения системы иммунитета при специфической терапии рака яичников	
<b>З.А. Манамбаева, Н.Ю. Карнакова, М.Ж. Байжуманов, Л.А. Пак, А.С. Рымбаева</b>	128
Гемокоагуляционные сдвиги при лучевой терапии рака шейки матки и системной энзимотерапии	
<b>Т.М. Молдагалиев, Н.Н. Оспанова</b>	129
Патопсихологический анализ и объективизация психических нарушений среди населения Восточно-Казахстанской области, подвергшегося радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне	
<b>М.Н. Мусин, К.С. Калиева</b>	132
Возможность применения пиррольных соединений в медицинской практике (краткий обзор литературы)	
<b>Д.С. Мусина, У.С. Самарова</b>	134
Плановая госпитализация на республиканском и региональном уровнях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи	
<b>А.О. Мысаев, А.С. Мусабеков, А.Н. Разиев, С.М. Аскарров</b>	135
Анализ оказания первой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (промежуточные результаты)	
<b>В.А. Новикова, К.Ж. Койшыбаева, Г.Т. Камашева</b>	138
Распространенность и клиническая характеристика часто болеющих детей города Семей	
<b>М.Т. Нургазин, З.А. Манамбаева, Д.Т. Раисов, М.А. Мусульманова, Р.Р. Туктабаева</b>	139
Результаты применения иммунокоррекции в составе комплексной терапии диффузной мастопатии	
<b>С.К. Нуртазина, Ш.Е. Токанова, З.Ж. Абдильдина</b>	140
Рациональное питание школьников - это здоровое поколение страны в будущем	
<b>Н.Р. Рахметов, В.Г. Лубянский, Е.М. Асылбеков, Н.Б. Омаров</b>	142
Малоинвазивные эндохирургические методы лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки	
<b>Т.К. Рахыпбеков, Н.М. Елисинова, А. Абешова</b>	143
Причины и период пребывания детей в Доме ребенка и Детском доме (на примере города Семей)	
<b>Т.К. Рахыпбеков, Н.М. Елисинова, Ю.М. Семенова</b>	145
Признаки семейного неблагополучия в семьях воспитанников Детского дома и Дома ребенка	
<b>Т.К. Рахыпбеков, А.М. Елисинова, Ю.М. Семенова</b>	148
Анализ первичной инвалидности вследствие болезней нервной системы у детей в Восточно-Казахстанской области за 2009-2010 гг.	

<b>У.С. Самарова, Д.М. Битебаева</b>	<b>149</b>
Влияние социальных факторов на здоровье школьников	
<b>М.Н. Сандыбаев, З.А. Манамбаева, К.Т. Жабагин, А. Бауржан, К.Ж. Камзин</b>	<b>151</b>
Заболееваемость злокачественными новообразованиями в Семейском регионе Восточно-Казахстанской области	
<b>С.З. Танатаров, А.С. Байсалбаева, Р.Р. Туктабаева</b>	<b>152</b>
Профилактика ранних послеоперационных осложнений у больных, оперированных на пищеводе и желудке	
<b>С.З. Танатаров, А.С. Байсалбаева, Б.К. Куанова, А.О. Сагнаева</b>	<b>154</b>
Активность фермента гамма-глутамилтранспептидазы на фоне профилактики гепатопатии гептралом при хирургических вмешательствах на желудке и пищеводе	
<b>Б.Ж. Токтабаева, Р.М. Кисина</b>	<b>155</b>
Болашақ жоғарғы білімді мейірбикелердің құзыреттіліктерінің даму деңгейін бағалау	
<b>Б.Ж. Токтабаева, А.М. Шарапиева</b>	<b>157</b>
Семей қаласының мейірбикелерінің әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы	
<b>Т.Б. Тулеутаев, Н.Р. Рахметов, Б. Бизолдина, Н. Еспаева, К. Цесько, Н. Мустафина</b>	<b>158</b>
Интенсивная терапия больных с хроническим калькулезным холециститом, осложненный механической желтухой	
<b>Д.Е. Узбеков, О.З. Ильдербаев, М.Р. Мадиева, С.Е. Узбекова</b>	<b>159</b>
Гамма-сәуленің әсерінен кейінгі егеуқұйрықтардың иммундық қабілетті ағзаларындағы майлардың асқын тотығу жағдайы	
<b>М.М. Уразалин, Ы.О. Кайрханова, Б.К. Рахимжанова, А.К. Оразбаева</b>	<b>161</b>
2002-2011 жылдар арасындағы Семей қаласы бойынша жыныстық жолмен берілетін аурулардың (ЖЖБА) аурушаңдық динамикасы	
<b>А.М. Уразалин, М.Т. Нургазин, К.Т. Жабагин, М.Ж. Байжуманов, К.В. Тимофеева, К.Б. Оспанова</b>	<b>162</b>
Результаты маммографического скрининга за 2011 год	
<b>З.А. Хисметова, К.Т. Турлыбекова</b>	<b>163</b>
Проблемы здоровья студентов и факторы, влияющие на его формирование (краткий обзор литературы)	
<b>А.А. Чиныбаева, Ж.Б. Советхан</b>	<b>165</b>
Прогностическая значимость почечной дисфункции при остром коронарном синдроме	
<b>Юбилей</b>	
<b>Джаксалыкова Куляш Каликановна. К 50-летию со дня рождения</b>	<b>167</b>

УДК 614.2:368.021.242 (574.4)

Т.К. Рахымбеков, Ж.Б. Базарбек, М.В. Горемыкина, С.С. Кырыкбаева

Государственный медицинский университет города Семей

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РАМКАХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО ПРОГРАММЕ «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН»****Аннотация**

В статье представлены данные скрининговых обследований населения Восточно-Казахстанской области и г. Семей в 2011 - 2012 с целью раннего выявления рака шейки матки, рака молочной железы, а также болезней системы кровообращения.

**Ключевые слова:** реформирование здравоохранения, скрининги, эффективность, рак молочной железы, рак шейки матки, болезни системы кровообращения

**Актуальность.** В течение многих лет в структуре всех причин смерти онкологическая патология занимает второе место после болезней системы кровообращения, и существенным образом эти заболевания влияют на среднюю продолжительность жизни населения Республики Казахстан.

Во всем мире придерживаются единого мнения о том, что скрининг-исследования являются одним из основополагающих принципов раннего выявления заболеваний. Широкомасштабные скрининговые обследования, охватывающие большие группы населения, в Казахстане внедряются с 2002 года.

В 2008 году внедрены скрининги на раннее выявление болезней системы кровообращения (БСК) (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца), составляющие в структуре смертности населения Казахстана около 52%, предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы, шейки матки (рак молочной железы (РМЖ) и рак шейки матки (РШМ) в структуре злокачественных новообразований среди женского населения занимают 2 и 3 ранговые места), сахарного диабета второго типа.

В целях реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Қазақстан» на 2011-2015 годы приоритетными направлениями скрининговых осмотров взрослого населения остаются профилактика, раннее выявление и предупреждение БСК, сахарного диабета, РШМ, РМЖ, глаукомы, рака толстой и прямой кишки, аденомы предстательной железы.

Важной проблемой мирового общественного здравоохранения являются болезни системы кровообращения, занимая во многих экономически развитых странах с переходной экономикой, в том числе Казахстане, первое место по вкладу в заболеваемость и смертность [1]. Несмотря на непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения кардиологических больных, сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной ранней инвалидизации населения [2]. По данным Городского бюро статистики г.Семей заболеваемость БСК в 2009 году составила 2517,2 на 100000 населения, что превысило изучаемый показатель 2005 года на 21% (1984,8) [3].

Тревожной остается ситуация по онкологической заболеваемости и смертности в Восточно-Казахстанской области (ВКО). С 2005 по 2009 годы отмечается снижение смертности от злокачественных новообразований в области, благодаря применению современных методов диагностики и лечения. Однако, в рассматриваемый период, она в 1,42 раза была выше республиканского показателя. В 2009 году в ВКО лидирующие места в структуре заболеваемости населения

злокачественными образованиями занимали рак трахеи, бронхов и легких (38,5 на 100000 населения), рак кожи (37,3 на 100000 населения), рак молочной железы (28,3 на 100000 населения) [4].

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в ВКО за 9 месяцев 2012 года, по сравнению с аналогичным периодом 2011 года возросла на 2,7% [5].

В настоящее время скрининг разработан для четырех локализаций: рак шейки матки (цитологические мазки), рак молочной железы (маммография), колоректальный рак (колоноскопия, кал на скрытую кровь) и рак предстательной железы.

Скрининг рака молочной железы заключается в маммографии у женщин 50-60 лет (1 раз в 2 года). В многочисленных исследованиях показано, что маммографический скрининг снижает смертность от рака молочной железы на 20%.

Скрининг рака шейки матки осуществляется посредством взятия мазков на цитологическое исследование (Pap-тест) - традиционным методом или методом жидкостной цитологии. Цитологический скрининг рака шейки матки способен не только выявлять опухоли на ранних стадиях, но и эффективно предотвращать развитие рака посредством эффективного лечения дисплазии и карциномы.

В связи с вышеизложенным, проведение скрининговых исследований на выявление БСК и онкологических заболеваний в ВКО в рамках программы «Саламаты Қазақстан» становится особенно актуальным ввиду неблагоприятного воздействия на здоровье населения производственных отходов промышленных предприятий, а также последствий деятельности бывшего Семипалатинского испытательного ядерного полигона.

**Цель исследования:** Провести сравнительный анализ данных скрининговых осмотров на выявление БСК и злокачественных новообразований за 1 кварталы 2011-2012 годов, проведенных в ВКО и, в частности, в г.Семей.

**Материалы и методы:** Проведен сравнительный анализ статистических данных Областного Департамента Здравоохранения ВКО по результатам проведенных скринингов за I кварталы в 2011 и 2012 годах на выявление болезней системы кровообращения (БСК), рака шейки матки (РШМ) и рака молочной железы (РМЖ), а также данные за первые 9 месяцев 2012 по ВКО.

Статистическая обработка данных проводилась в Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждение:**

Целевой группой, подлежащей скринингу на выявление БСК, являются мужчины и женщины в возрасте 18, 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62,

64 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета.

В связи с этим, в 2011 году по ВКО подлежало осмотру 237265 человек. За 1 квартал было осмотрено 17270 человек (7,28%) от запланированного. Выявляемость БСК составила 12,9%. На диспансерный учет взято 1439 человек, что составило 8,3%.

В 2012 году за аналогичный период на выявление БСК обследовано 32648 человек (16,4%) при плановом количестве обследований 199600. При этом БСК выявлены у 8,1% обследованного населения. На «Д» учет взято 1549 человек (4,7%).

По г.Семей плановое количество скринингов по БСК на 2011год составляло 48000 человек. В течение 1 квартала 2011года было осмотрено 2842 человека (5,92%). Выявляемость БСК составила 13,8%, из них взято на «Д» учет 355 человек (12,5%).

В 2012 году по г.Семей планируется осмотреть на выявление БСК 44676 человек, за I квартал 2012 года осмотрено 4794 человека (10,7%). Выявляемость БСК за указанный период составила 14,5%. На «Д» учет взято 286 человек (6%).

За первые 9 месяцев 2012 года по ВКО прошли скрининг на выявление БСК 87,4% населения от запланированного. Выявлено 9,4% больных от общего числа осмотренных.

В структуре выявленных заболеваний системы кровообращения при проведенном скрининге за 9 месяцев 2012 года превалирует артериальная гипертензия (АГ). Всего выявлено заболеваний АГ – 15847(9,1% от количества осмотренных), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 839 (0,5% от количества осмотренных).

Целевой группой для проведения скрининга на выявление РШМ являются женщины в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет, не состоящие на диспансерном по поводу данного заболевания.

Всего по области на 2012 год подлежит осмотру 49258 человек. За 9 месяцев 2012 года осмотрено 41813 женщин (84,9% от годового плана); выявлено 3,3% больных с предраковыми заболеваниями от числа осмотренных, в том числе 0,04% больных женщин с диагнозом рак шейки матки.

Для раннего выявления РШМ в 2011 году по ВКО подлежало осмотру 54046 женщин. За I квартал 2011года было осмотрено 5003 человек (9,3%) от за-

планированного. Выявляемость РШМ за указанный период составила 3,9%. Из них на диспансерный учет взято 146 женщин, что составило 2,9%.

В 2012 году за аналогичный период на выявление РШМ по ВКО обследовано уже 7755 женщин (15,7%) при плановом количестве обследований на год 49258. РШМ был выявлен у 3,9% обследованного населения. На «Д» учет взято 146 человек (2,9%).

По г. Семей в 2011 году планировалось провести скрининговое обследование на выявление РШМ среди 11793 женщин. В течение I квартала 2011года было осмотрено 962 женщины (8,2%). Выявляемость РШМ за указанный период составила 1,7%, из них взято на «Д» учет 14 женщин (1,5%).

В 2012 году по г.Семей планируется проведение скринингового обследования среди 10502 женщин на выявление РШМ. За I квартал 2012 года осмотрено 1446 человек, что на 5,6% больше, чем в предыдущем году. Выявляемость РШМ за указанный период в 2012 году составила 7,1%, что превысило аналогичный показатель в 2011году на 5,4%. На «Д» учет взято 8 женщин (0,6%).

Проведение скрининговых обследований на выявление РМЖ проводятся среди женщин в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60 лет. За первые 9 месяцев 2012 года по ВКО осмотрено 85,5% населения от годового плана, при этом выявлено 13% больных от числа осмотренных, в том числе больных РМЖ женщин – 0,1%.

Для раннего выявления РМЖ в 2011 году по ВКО подлежало осмотру 43110 женщин. За I квартал 2011года было осмотрено 3681 человек (8,5%) от запланированного. Выявляемость РМЖ за указанный период составила 15,9%. Из них на диспансерный учет взято 318 женщин, что составило 8,6%.

В 2012 году за аналогичный период на выявление РМЖ по ВКО обследовано 5232 женщины (12,8%) при плановом количестве обследований на год 40891. РМЖ был выявлен у 11,7% обследованных женщин. На «Д» учет взято 267 человек, что составило 5,1%.

По г. Семей в 2011 году планировалось провести скрининг на выявление РМЖ среди 8289 женщин. В течение I квартала 2011года было осмотрено 726 женщин (8,8%). Выявляемость РМЖ за указанный период составила 39,1%, из них взято на «Д» учет 139 женщин (19,1%).

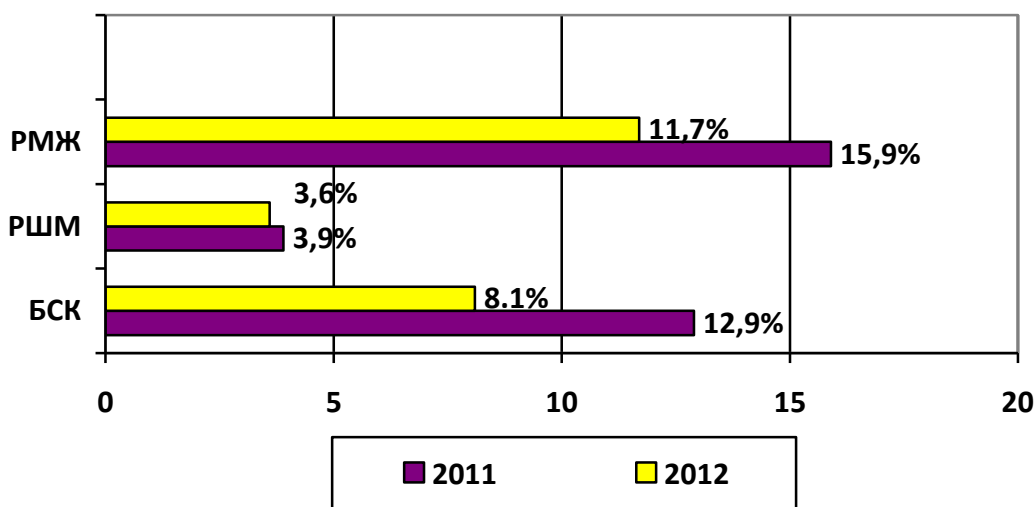


Рисунок 1. Выявляемость РШМ, РМЖ, БСК на скрининговых обследованиях в ВКО в 1 квартале 2011- 2012 годов



В 2012 году по г.Семей планируется проведение скринингового обследования среди 8210 женщин на выявление РМЖ. За I квартал 2012 года осмотрено 744 человек (9,1%). РМЖ за указанный период в 2012 году был выявлен 30,2%. На «Д» учет взято 65 женщин (8,7%)

На рисунках 1 и 2 наглядно представлены результаты скрининговых исследований на выявление РШМ, РМЖ, БСК в ВКО и в г.Семей в 1 квартале 2011- 2012

годов. В ВКО в 2011 году выявляемость БСК и РМЖ выше, чем в 2012 году, в то же время выявляемость РШМ - была примерно одинакова (3,9% и 3,6% соответственно)

В г.Семей в 1 квартале 2012 года по сравнению с аналогичным периодом 2011 года чаще выявлялся РШМ (7,1% и 1,7 % соответственно); рак молочной железы на 0,8% реже.

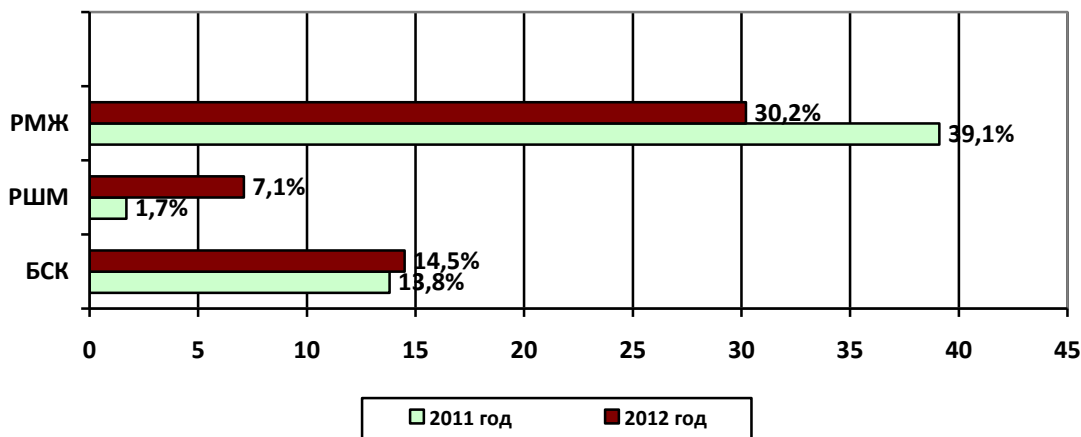


Рисунок 2. Выявляемость РШМ, РМЖ, БСК на скрининговых обследованиях в г.Семей в 1 квартале 2011- 2012 годов

В целом, выявляемость злокачественных новообразований визуальных локализаций (I-II стадий) в ВКО за 9 месяцев 2012 года составила 82,1 на 100000 населения (80,4 за 9мес. 2011г.). Удельный вес больных, живущих 5 и более лет, составил 50,2 % (52,4% за 9 мес. 2011 года).

По итогам 9 месяцев 2012 года увеличилась доля населения, подлежащего скринингам: на раннее выявление БСК - 87,4% (за аналогичный период 2011 года - 62%), рака шейки матки –84,9% (2011 год – 71,7%), рака молочной железы – 85,5% (2011 год – 71,8%).

**Выводы:** Стратегия отечественного здравоохранения на современном этапе предусматривает переход от системы, ориентированной на лечение заболеваний, к системе направленной на профилактику и раннее выявление заболеваний. В отношении онкологической патологии акцент сделан на раннюю выявляемость злокачественных новообразований путем проведения профилактических осмотров целевых групп с использованием прогрессивных методов диагностики и лечения [8]. Для раннего выявления БСК при проведении скрининговых осмотров в декретированных группах населения используются доступные и относительно малозатратные методы диагностики.

Проведение скрининговых исследований в целевых группах доказывает свою эффективность: в регионе увеличилась диагностика злокачественных новообразований на ранних стадиях, а также предраковых состояний, артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца. Большинство населения (до 95%) с выявленными заболеваниями в дальнейшем подлежат диспансеризации с проведением активных лечебно-профилактических мероприятий. Вместе с тем, следует отметить, что качество профилактических осмотров не всегда обеспечивает выявление всех больных на ранних стадиях заболевания и, вероятно, отличается по регионам РК.

**Литература:**

1. Мусаханова А.К., Ковзель Е.Ф., Секербаев А.Х. Влияние поведенческих факторов риска на формирование ишемической болезни сердца и гипертонической болезни у населения, проживающего на территориях, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Алматы. – 2008. – Том 7, №1. – С. 22-31.
2. Каусова Г.К., Даутов Т.Б. К вопросу реабилитации и восстановительного лечения больных с гипертонической болезнью// Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни». – Алматы. – 2008, №4. – С. 101-102.
3. Мусаханова А.К., Байбусинова А.Ж., Елемесова Н.М., Шишкина О.В. Распространенность и структура сердечно-сосудистых заболеваний в г.Семей. – Наука и здравоохранение. - 2010. - №5. – С.44-45.
4. Мусаханова А.К., Базарбек Ж.Б., Елемесова Н.М., Шишкина О.В. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в Восточно-Казахстанской области. – Наука и здравоохранение. - 2010. - №3 (Т2). – С.213-215.
5. Статистические данные Управления Здравоохранением ВКО
6. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан от 16 марта 2011 года №145 О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 "Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения"
7. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
8. Егеубаева С.А., Смагулова И.Е., Калмаханова С.Б. Онкологическая помощь в ВКО: проблемы, состояния, пути совершенствования. – Денсаулық сақтаудың дамуы журналы. – Астана, 2009, №2 (50). – С. 50-52.

## Тұжырым

**«САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН» БАҒДАРЛАМАСЫ БОЙЫНША ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН ҚАЗІРГІ ҚАЙТА ҚҰРУ ШЕҢБЕРІНДЕ ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ТҰРҒЫНДАРЫНА ЖҮРГІЗІЛГЕН СКРИНИНГ ТЕКСЕРІСТЕР ТИІМДІЛІГІ**

Т.К. Рахыпбеков, Ж.Б. Базарбек, М.В. Горемыкина, С.С. Кырыкбаева

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Бұл мақалада 2011 – 2012 жылдары Шығыс Қазақстан облысы және Семей қаласы тұрғындары арасындағы жатыр мойнының обыры, сүт безі обыры, сонымен қатар қанайналымы жүйесі ауруларын өрте анықтау мақсатында жүргізілген скринингтік зерттеу нәтижелері берілген.

## Summary

**EFFICIENCY SCREENING EXAMINATIONS THE EAST KAZAKHSTAN POPULATION WITHIN THE FRAMEWORK OF REFORMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN ON PROGRAM «SALAMATY KAZAKHSTAN»**

T.K. Rahypbekov, Zh.B. Bazarbek, M.V. Goremykina, S.S. Kyrykbaeva

State Medical University of Semey

In the article are presented data of screening examinations of the population East-Kazakhstan Area and the Semey in 2011 - 2012 for early revealing the cancer of wombs cervix, cancer of the mammary, as well as diseases of the blood circulation system.

УДК: 614.2.003(574)

А.К. Ситказинов

Управление здравоохранения области, г. Павлодар

**АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

## Аннотация

В работе представлены актуальные аспекты формирования первичной медико-санитарной помощи. Дальнейшее развитие специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» является одной из важных проблем казахстанского здравоохранения. Оно будет способствовать стандартизации диагностических и терапевтических процедур в амбулаторной терапевтической практике, повысит популярность среди студентов медицинских вузов профессии семейного врача, участкового врача и терапевта в связи с появлением возможностей карьерного интеллектуального роста.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, семейный врач, больной, доступность, наблюдение.

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]. В этих условиях врачам общей практики (ВОП), действующим в структуре амбулаторных учреждений, отводится основная роль в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), призванной осуществлять основной объем профилактической работы, удешевить процесс лечения, обеспечить определенный социальный эффект [2].

Общая врачебная практика является основополагающим элементом амбулаторно-поликлинической помощи населению в мире, от которого зависит эффективность и качество функционирования всей системы здравоохранения, сохранение и увеличение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, в первую очередь на уровне семьи.

По определению WONCA (Европейское Отделение Всемирной Организации семейных врачей), общая врачебная практика (семейная медицина) - это академическая и научная дисциплина, имеющая собственный предмет изучения, преподавания исследований в рамках доказательной медицины, клинической деятельности; кроме того, это клиническая специальность, ориентированная на оказание первичной медицинской помощи. ВОЗ рассматривает ПМСП в качестве важного ком-

понента при обеспечении здоровья населения с ориентацией на общую врачебную практику как основополагающую в процессе ее оказания [3].

По данным статистики, около 80% всех проблем, связанных со здоровьем, в развитых странах мира на сегодняшний день решаются на этапе первичного звена здравоохранения, без перехода на более дорогостоящие этапы вторичной (стационары) и третичной (реабилитационные центры) помощи.

В разных странах мира количество врачей общей практики (семейных врачей) по отношению к докторам других специальностей составляет от 54,0 % во Франции до 15,0% в Испании. В США около 40,0 % врачей являются врачами общей практики, а все остальные работают по другим медицинским специальностям. На одного врача общей практики приходится от 850 (Австралия) и 975 (Испания) до 2430 (Швеция) пациентов. Количество часов работы врача общей практики (семейного врача) за неделю колеблется от 25 во Франции до 57 ч в Японии [4]. Семейные врачи проводят диагностику и лечение острых и хронических заболеваний, осуществляют длительное наблюдение и психологическую поддержку пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями, консультируют пациентов и членов их семей при возникновении социальных проблем, собирают информацию о побочном действии лекарств, проводят комплекс профилактических мер по предупреждению развития заболеваний, в т.ч. эпидемических [5].

Семейные врачи ежедневно выполняют широкий спектр медицинских процедур и должны быть разносторонне подготовлены не только по вопросам терапии, но и основам хирургии, педиатрии, акушерства, неврологии, офтальмологии, психиатрии и другим разделам практической медицины. Постановка правильного клинического диагноза на первичном этапе оказания медицинской помощи определяет рациональность использования финансовых, человеческих и иных ресурсов на последующих стадиях лечения. В связи с этим с целью дальнейшего совершенствования диагностики и оказания качественной медицинской помощи семейным врачам необходима система четких и полных стандартов оказания первичной медицинской помощи населению.

Мировая врачебная практика сформировала три модели деятельности семейного врача:

- индивидуальная практика (на уровне врача и/или сестринского медицинского персонала);
- групповая врачебная практика (несколько врачей общей практики, объединенных в группу, что позволяет организовать замену докторов, оптимизировать финансовые затраты и трудовые ресурсы);
- центры здоровья (скандинавская модель) — стационарные амбулатории общей практики.

Однако ни одна из данных моделей не может быть адаптирована в существующую в Казахстане систему без существенных изменений, т. к. это повлечет за собой разрушение сложившейся организации амбулаторно-поликлинической помощи. Реформа здравоохранения осуществляется на основании приоритетного развития ПМСП, что позволяет в условиях глобального экономического кризиса и ограниченности финансовых ресурсов наиболее рационально расходовать средства, выделяемые государством здравоохранению.

В настоящий момент основным структурным подразделением организации ПМСП в нашей стране является территориальный терапевтический участок, а участковый врач-терапевт является специалистом, обеспечивающим первичный контакт системы здравоохранения с пациентами и членами их семей. Реформирование существующей системы оказания ПМСП необходимо осуществлять с учетом ее взаимодействия с другими службами здравоохранения. Одним из важнейших условий реализации реформ в первичном звене является рациональное использование финансовых, материальных, трудовых ресурсов отечественного здравоохранения. Основным вектором в реализации программы реструктуризации лечебно-профилактической помощи населению должно стать перераспределение пациентов из дорогостоящего стационарного сектора на поликлинический уровень.

Одной из ведущих проблем формирования системы семейной медицины является дефицит кадров. При расчете 1 500 пациентов на одного врача необходимо иметь 90 000 врачей общей практики, в то время как прошли необходимую подготовку менее 10000 врачей. Если к ним добавить 30 000 участковых терапевтов, подготовленных по традиционной системе, этого количества достаточно только для 35% населения. Укомплектованность поликлиник врачами первичного звена едва достигает 60%, из которых 50–60% составляют лица пенсионного возраста. Приток молодых специалистов общей практики явно недостаточен.

В условиях рыночных отношений, высокого уровня развития специализации участковый терапевт перестал быть центральной фигурой в первичном звене и координатором «медицинского маршрута» пациента в поликлинике. Сложившаяся ситуация потребовала пересмотра системы оказания ПМСП в амбулаторно-

поликлинических условиях. Основное направление реструктуризации здравоохранения отражено в документах Министерства Здравоохранения, где определяющая роль в решении всех клинических и профилактических вопросов на уровне первичного звена отведена терапевту, педиатру и врачу общей практики (семейному врачу).

Более 70,0% населения, обращающегося за медицинской помощью, начинают и заканчивают обследование и лечение на уровне АПУ, в которых решаются большинство медико-социальных проблем. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения [6].

ПМСП представляет собой первый уровень контакта отдельных лиц, семьи и населения в целом с национальной системой здравоохранения, первый этап непрерывного процесса охраны здоровья, который дополняется далее службами специализированной медицинской помощи [7].

Проводимое в последние десятилетия приоритетное развитие специализированной медицинской помощи оказало отрицательное влияние на организацию работы участкового терапевта. Многие функции, входящие в круг его профессиональных обязанностей, были переданы другим специалистам (кардиологам, гастроэнтерологам, пульмонологом и др.). Участковый терапевт перестал быть центральной фигурой в первичном звене здравоохранения. Частота направлений амбулаторных больных на консультации к узким специалистам достигает иногда 30–40% (за рубежом - не более 10–12%). Учитывая, что стоимость посещений у специалистов выше, чем у участковых терапевтов, увеличение обращаемости к специалистам приводит к необоснованному удорожанию амбулаторно-поликлинической помощи. Врачи-специалисты, работающие в поликлиниках в настоящее время, составляют более половины врачебного персонала поликлинической службы. Развитие специализированных служб происходит без адекватных изменений в первичном звене здравоохранения. Это приводит к увеличению госпитализации больных, нагрузки у специалистов, повышению стоимости медицинской помощи и необоснованному перерасходу бюджетных средств - более чем на 30%.

Самостоятельное обращение пациента к специалистам нарушило основные принципы функционирования первичной медицинской помощи - преемственность между врачами и непрерывность наблюдения за больным. Участковый врач постепенно теряет чувство ответственности за состояние здоровья своего больного. Теперь он не координирует все вопросы лечебно-профилактической и реабилитационной помощи прикрепленному контингенту, не обеспечивает преемственность ее в различных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Так сформировался социальный заказ общества на появление в структуре ПМСП врачебной специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». Переход к оказанию ПМСП по принципу общей врачебной практики оказался чрезвычайно трудным, т. к. потребовал разработки новых нормативно-правовых документов, изменения форм финансирования и оплаты труда, создания и апробации различных моделей организации общих врачебных практик и психологической перестройки, как медицинского персонала, так и населения [8].

В условиях реформирования системы оказания ПМСП назрела необходимость разработки единых клинических протоколов обследования и лечения пациентов для врачей общей практики. На данном этапе развития здравоохранения существует потребность в глу-

бокком научном изучении проблем, которые тормозят разработку соответствующих протоколов: недостаточная нормативная база, регламентирующая деятельность врача общей практики и участкового терапевта, не до конца определен тип создаваемых протоколов (клинико-диагностические, лечебно-диагностические, по нозологиям, по симптомам). Основные причины дезинтеграции в отечественной системе ПМСП - нерациональное использование ресурсов (кадровых, финансовых, материально-технических), недостаточная квалификация медицинских работников общей практики, тенденция к узкой специализации врачей в поликлиниках, снижение у медицинских работников мотивации к совершенствованию и систематическому повышению квалификации вследствие недостаточной оплаты труда и другие экономико-социальные проблемы.

В процессе проведения реформ здравоохранения необходимы создание актуальной законодательной базы, разработка действенных механизмов адаптации общей практики как научной специальности к сложившимся условиям, построение механизмов финансового взаимодействия и внедрение организационно-правовых принципов функционирования учреждений здравоохранения первого контакта с пациентом. От состояния ПМСП зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, решение большинства медико-социальных и экономических проблем [9]. Основными векторами ПМСП должны стать:

- доступность (как финансовая, так и территориальная) семейной медицины;
- наблюдение за здоровьем гражданина, а также профилактические мероприятия;
- наблюдение за пациентом в течение всей жизни, а не только в период болезни;
- координация деятельности узких специалистов по сохранению и улучшению здоровья пациента.

Анализ внедрения общей врачебной практики позволил выявить положительные изменения в организации первичной медицинской помощи, проявившиеся в снижении частоты вызовов скорой медицинской помощи, интенсивном внедрении стационарозамещающих технологий, сокращении уровня госпитализации в стационары, улучшении преемственности в работе врачей общей практики и специалистов, работающих в поликлинике. Объективным показателем, подтверждающим этот вывод, служит снижение частоты посещаемости

врачей-специалистов за период функционирования врача общей практики.

Таким образом, дальнейшее развитие специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» является одной из важных проблем казахстанского здравоохранения. Оно будет способствовать стандартизации диагностических и терапевтических процедур в амбулаторной терапевтической практике, повысит популярность среди студентов медицинских вузов профессии семейного врача, участкового врача и терапевта в связи с появлением возможностей карьерного и интеллектуального роста.

#### Литература:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 годы»;
2. Синявский В.М., Журавлев В.А. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе // Главврач. - 2006., № 6. - С. 41-50.
3. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи. Хроника ВОЗ. - 1979. - 3 т. - №3. - С. 123-146.
4. Voerma W.G.W, Dubois K. A. (2006). Mapping primary care across Europe // Saltman et al. - 2006. - P. 22-49.
5. McCallum A., Brommels M., Robinson R., Bergman S.E., and Palu T. The impact of primary care purchasing in Europe: a comparative case study of primary care reform // Saltman et al. - 2006. - P. 105-128.
6. Боерма И.Г., Флеминг Д.М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. - Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ. - 2001. - 182с.
7. Комаров Ю.М. Перспективы развития общей врачебной (семейной) практики // Экономика здравоохранения.-1997.- № 1.- С. 8-13.
8. Хальфин Р.А., Какорина Е.П., Воробьев П.А. Клинико-экономические матрицы планов ведения больных как основа расчета затрат на обеспечение медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2004. -№9.- С. 3-11.
9. Чертухина О.Б., Гусева С.Л. Методы материального стимулирования сотрудников как основа повышения эффективности работы АПУ // Главврач.- 2006. - №1. - С. 86-93

#### Тұжырым

### АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНА-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТІҢ КӨКЕЙКЕСТІ ТҰРҒЫЛАРЫ

А.К. Ситказинов

Жұмыста алғашқы медицина-санитарлық көмектің құрастыруының көкейкесті тұрғылары елестеткен. (отбасылық дәрігерлік) Ортақ дәрігерлік тәжірибенің мамандығының ары қарай дамытуы қазақстандық денсаулық ақтаудың маңызды мәселелерінің бірі болып табылады. Ол амбулатория терапевтиялық тәжірибесіндегі диагностикалық және терапевтиялық процедуралардың стандартизациясының мүмкіндік туғызады, отбасылық дәрігердің мамандығының дәрігерлік ЖООларының студенттерді ара арасындаларын мәлімділікті жоғарылатады, уческелік карьер және зияткерлік өсудің мүмкіндіктерінің пайда болуымен уческелік дәрігер және терапевт байланысты.

**Негізгі сөздер:** алғашқы медицина-санитарлық көмек, отбасылық дәрігер, бақылау, ауру ашықтық

#### Summary

### ACTUAL ASPECTS OF PRIMARY MEDICAL SANITARY CARE

A.K. Sitkazinov

In work actual aspects of formation of primary medical sanitary care are presented. Further development of specialty «The general medical practice (family medicine)» is one of important problems of the Kazakhstan health care. It will promote standardization of diagnostic and therapeutic procedures in out-patient therapeutic practice will increase popularity among students of medical schools of a profession of the family doctor, the district doctor and the therapist in connection with emergence of possibilities of career and intellectual growth.

**Key words:** primary medical sanitary care, family doctor, patient, availability, supervision

УДК 614.2:61(083.9)

<sup>1</sup> Ж.Б. Ибраева, <sup>2</sup> З.А. Хисметова

Государственный медицинский университет города Семей

<sup>1</sup>Магистрант кафедры общественного здравоохранения и информатики,<sup>2</sup>Кафедра общественного здравоохранения и информатики, к.м.н.

## РЕАЛИЗАЦИЯ СКРИНИНГОВЫХ ПРОГРАММ В КАЗАХСТАНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

## Аннотация

Проведен анализ реализации национальных скрининговых программ, в рамках государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан». Представлены результаты охвата населения профилактическими медицинскими мероприятиями. Отмечены основные трудности при проведении скрининговых обследований. Предлагается вариант решения вопросов организации медицинских мероприятий путем разработки и внедрения модели привлечения населения к участию в профилактических программах.

**Ключевые слова:** Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан», скрининговые обследования, здоровый образ жизни, мониторинг здоровья, мотивация и активность населения.

Следуя практическим рекомендациям, сформулированным в Сент-Винсентской декларации (1989), во многих странах были разработаны и внедрены программы скрининга основных социально-значимых заболеваний (БСК, ЗНО, БПП и т. д.), благодаря чему в некоторых случаях удалось добиться значительных результатов.

В Казахстане Национальная скрининговая программа стартовала в начале 2011 года, как одно из направлений Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан», рассчитанной на 2011-2015 годы и включает в себя 12 скрининговых программ [1]:

- Скрининг на раннее выявление болезней системы кровообращения (БСК);
- Скрининг на раннее выявление сахарного диабета (СД)
- Скрининг на раннее выявление заболеваний шейки матки (РШМ);
- Скрининг на раннее выявление заболеваний молочной железы (РМЖ);
- Скрининг на выявление рака предстательной железы (РПЖ);
- Скрининг на выявление вирусного гепатитов В и С;
- Скрининг на туберкулез - декретированные группы населения (ТБС);
- Выявление ВИЧ-инфекции (декретированные группы населения)
- Перинатальный скрининг на выявление врожденных пороков развития плода и генетических заболеваний (ВПР);
- Неонатальный скрининг на выявление фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза и тугоухости (новорожденные)
- Профилактические осмотры детей;
- Профосмотр на глаукому (лица старше 40 лет).

Целью Госпрограммы является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны

Основным из направлений достижения поставленной цели является усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование системы диагностики, лечения и реабилитации населения с основными социально значимыми заболеваниями. [2].

Совершенствование подходов к профилактике заболеваний, в том числе инвалидности, скрининговых исследований и пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) предполагает:

1) разработку и внедрение стандартизированных, инновационных подходов к профилактическим осмотрам;

2) разработку и внедрение комплекса национальных скрининговых программ для целевых групп населения с ежегодным охватом не менее 30% от общей численности населения;

3) разработку и внедрение механизмов стимулирования ЗОЖ на уровне ПМСП;

4) обеспечение доступности и качества профилактических мероприятий;

5) внедрение эффективных международных методик доврачебного (SCORE) и врачебного скрининга;

6) разработку и внедрение протоколов и стандартов ведения профилактических осмотров согласно специфике целевых групп;

7) оснащение амбулаторно-поликлинических организаций приборами для экспресс-диагностики с обучением специалистов ПМСП вопросам профилактики и скрининга.

В рамках профилактических медицинских осмотров (скринингов) за 2011 год всего по Республике Казахстан осмотрено 2 912 566 человек взрослого населения.

На раннее выявление болезней системы кровообращения осмотрено 2 539 372 человека, из них с заболеваниями выявлено 194971.

Из осмотренных 2 348 435 человек на скрининг сахарного диабета, диагноз сахарного диабета установлен у 7282 пациентов.

На раннее выявление глаукомы осмотрено 1 806 876 человек, из них выявлено 4469 человек с впервые выявленной глаукомой.

Всего за 2011 год в рамках скрининга на раннее выявление предопухолевых и злокачественных новообразований шейки матки осмотрено 577679 женщин. Рак шейки матки выявлен в 217 случаях.

Маммографические исследования проведены 455745 женщинам, в ходе которых в 506 случаях выявлен рак молочной железы.

В 2011 году профилактическими осмотрами охвачено 4 190 686 детей в возрасте от 0 до 18 лет. Различные заболевания выявлены у 992673 или 23,7% детей, оздоровлено 623798 детей, то есть 62,8%. [3]

В структуре выявленных патологий превалирует заболевание БСК, на втором месте СД, третьем глаукома, далее РМЖ, РШМ.

Однако при проведении скрининговых обследований возникают трудности организации участия населения в

медицинских мероприятиях, что значительно затрудняет их проведение. Причинами низкой активности определяются: неосведомленность участников скрининга, отсутствие мотивации в ранней диагностике заболеваний, пассивное отношение к пропаганде ЗОЖ.

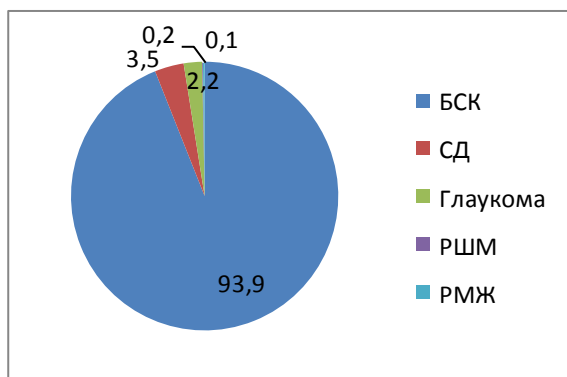


Рисунок. Структура выявленных заболеваний, в группах риска (% от общего числа случаев диагностированных заболеваний).

Важным является пропаганда солидарной ответственности населения и государство за свое здоровье. В Послании 2010 года Президент поставил конкретные задачи на ближайшее десятилетие. В том числе Н.А.Назарбаев указал, что «Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения».

Здоровый образ жизни - это жизненная позиция, поведение или деятельность человека, направленные на укрепление своего здоровья.

Поэтому, указанные психосоциальные факторы, могут быть одной из причин негативной динамики участия населения и вносить существенный вклад в показатели заболеваемости и смертности

Также причинами низкого уровня здоровья населения являются недостаточная информированность, грамотность и мотивация населения в вопросах ведения здорового образа жизни и профилактики болезней, сохранение неблагоприятных условий окружающей среды, водопотребления и питания, экономическое неблагополучие социально уязвимых категорий населения. Кроме того, сохраняется слабая профилактическая активность системы здравоохранения, то есть ориентация на лечение болезней, а не на их предотвращение.

На современном этапе развития профилактической медицины актуальным становится разработка и внедрение модели привлечения населения к участию в скрининговых медицинских обследованиях. Для решения этой задачи обязательным условием является изучения вопроса готовности населения в принятии участия в скрининговых программах, определение ключевых проблем: социокультуральных, психологических, экономических проблем, препятствующих этим процессам.

#### Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы
2. План мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
3. Оперативная отчетность по мониторингу Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

#### Тұжырым

### ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ СКРИНИНГТІ БАҒДАРЛАМАЛАРДЫ ЗАМАНАУИ КЕЗЕҢДЕ ІСКЕ АСЫРУ

Ж. Ибраева, З.А.Хисметова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

«Саламатты Қазақстан» денсаулық сақтау дамуының мемлекеттік бағдарламасы шегінде, ұлттық скринингті бағдарламаларының іске асырылу сараптамасы жүргізілген. Алдыналу медициналық шаралармен халықты қамту нәтижелері көрсетілген. Скринингтік тексерулер жүргізуде негізгі қиындықтар белгіленді. Алдын алу бағдарламаларына қатысуға халықты тарту үлгісін енгізу және жасап шығару жолымен медициналық шараларды ұйымдастыру сұрақтарын мәселелерін шешу нұсқасы ұсынылады.

**Негізгі сөздер:** Денсаулық жүйесін дамыту бойынша «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы, скринингті тексеру, салауатты өмір салты, денсулық мониторингі тұрғындардың белсенділігі және ынталандырылуы.

#### Summary

### REALIZATION OF SCREENING PROGRAMMS IN KAZAKHSTAN AT THE PRESENT STAGE

Zh. Ibraeva, Z.A. Hismetova

State Medical University of Semey

The National screening programs analysis within the confines of state program of public health development «Salamatty Kazakhstan» was held. The results of population's coverage by medical preventive measures were represented. There were noted the main difficulties on screening examination performing. There were suggested the variant of solving the questions on medical measures organization by means of working out and by introduction of attracting population the participation in the preventive programs.

**Key words:** state program of health protection «Salamatty Kazakhstan», screening inspections, healthy life style, health monitoring, motivation and activity of population.



УДК 616.61-071

Л.К. Каражанова<sup>1</sup>, Д.А. Муканова<sup>1</sup>, Ж.У. Кусегенова<sup>2</sup>, А.М. Жанболатова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей,

<sup>2</sup>Учреждение «Почечный центр», г. Семей

## ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### Аннотация

В данной лекции приведены принципы диагностики и стратификации тяжести острого повреждения почек с предложенными выше изменениями и дополнениями, которые могут быть использованы в практике отечественных нефрологов и врачей отделений интенсивной терапии.

**Ключевые слова:** острое повреждение почек, факторы риска, диагностика, лечение.

В 2002 г. группой экспертов Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) разработано определение острой почечной недостаточности (ОПН) и создана система стратификации ее тяжести (RIFLE-критерии). В 2004 г. предложено понятие «острое повреждение почек» (ОПП), а в

2007-м исследовательской группой Acute Kidney Injury Network (AKIN) представлена система критериев диагностики и оценки выраженности данного состояния (AKIN-критерии) – модификация классификационной схемы RIFLE.[1].

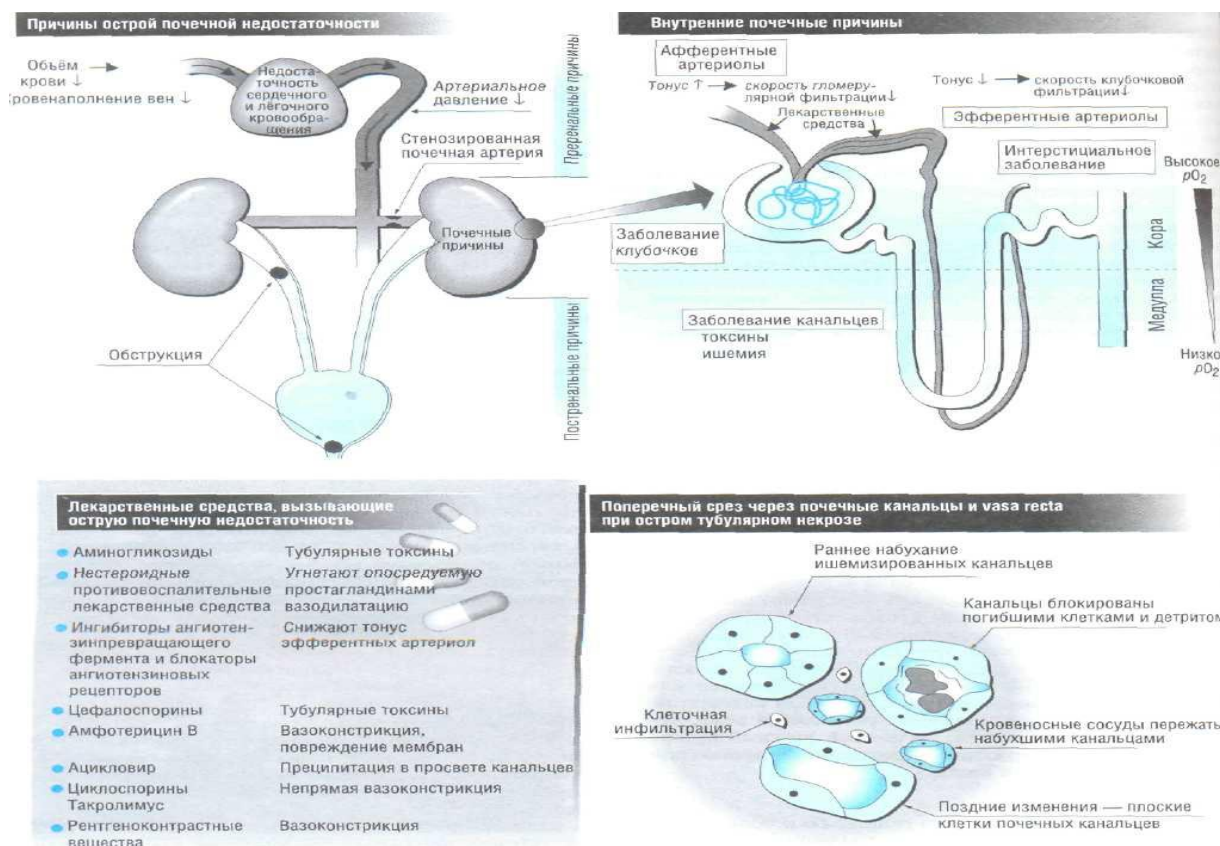
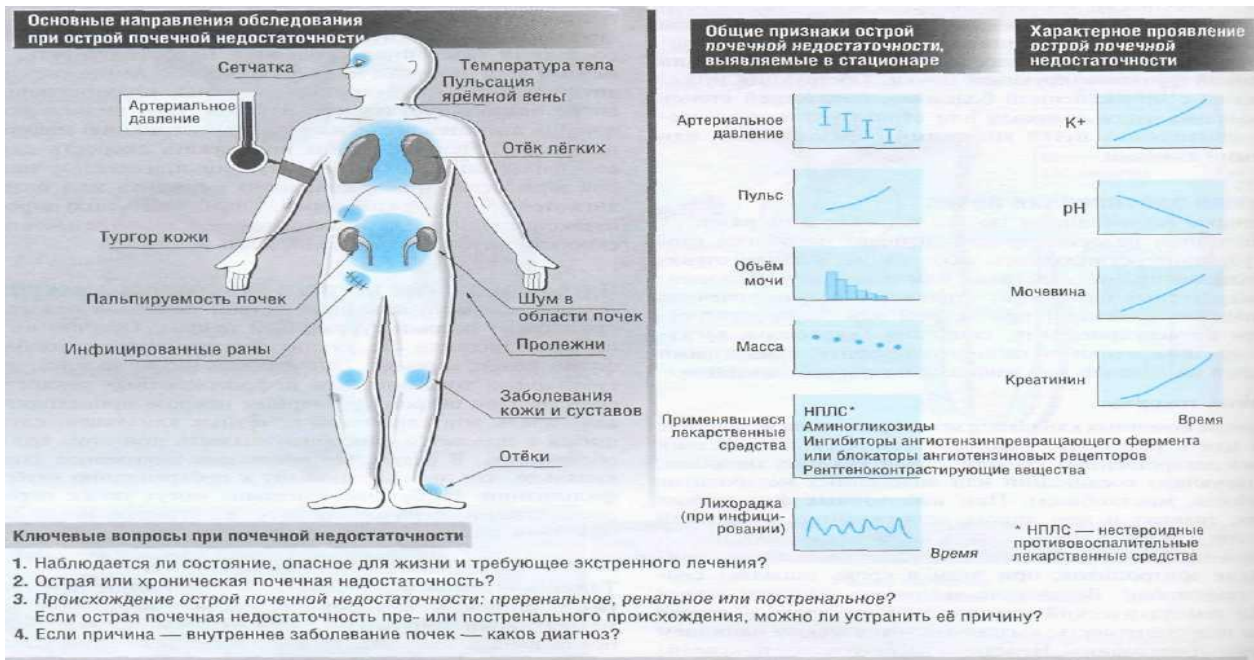


Рисунок 1. Патофизиология острой почечной недостаточности.

Проблема острой почечной недостаточности (ОПН) – одна из самых актуальных в современной нефрологии и здравоохранении в целом. ОПН – широко распространенное и потенциально чрезвычайно опасное состояние, с которым может столкнуться врач практически любой специальности. Заболеваемость ОПН, по данным ряда разработок, варьировала от 1 до 31 %, а летальность составляла от 19 до 83 %. Чаще всего ОПН определяют как “внезапное и устойчивое снижение функции почек” [2, 3]. Именно поэтому особую актуальность приобретает унификация подходов к определению и стратификации тяжести ОПН, соответствующая современным представлениям о физиологии и патофизиологии почек и реальной клинической практике.

В организме почка выполняет множество функций. Подавляющее большинство из них направлено на поддержание относительного постоянства внутренней среды организма, то есть гомеостаза. Выполнение гомеостатических функций почек обеспечивается интратубулярными процессами: клубочковой ультрафильтрацией, канальцевой реабсорбцией, канальцевой секрецией, синтезом биологически активных веществ и некоторыми другими. У таких пациентов для оценки тяжести повреждения почек приходится прибегать к наиболее простым и необременительным для больного и персонала способам: измерению объема мочи (диуреза), концентрации креатинина в сыворотке крови (Scr) и в ряде ситуаций – клиренса креатинина (Ccr). [4, 5].



Причины ОПН		
<b>Диагноз</b>	<b>Клинические признаки</b>	<b>Результаты лабораторных тестов</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Рабдомиолиз</li> <li>Гломерулонефрит</li> <li>Синдром Гудпасчера</li> <li>Васкулит</li> <li>Системная красная волчанка</li> </ul> Интерстициальный нефрит Гемолитический уремический синдром Острый тубулярный некроз	Мышечная боль Лёгочное кровотечение ± Системная симптоматика, сыпь, синусит Поражения суставов, неврологическая симптоматика, сыпь Может быть вызван приёмом лекарственных средств Диарея Множество признаков, особенно при наблюдении в стационаре	Креатининкиназа (КК) $\uparrow$ , миоглобинурия Эритроцитарные цилиндры Антитела против базальных мембран гломерул (анти-БМГ) $\uparrow$ Антитела против компонентов цитоплазмы нейтрофилов $\uparrow$ Антитела к двуспиральной ДНК и антигенам клеточных ядер Эозинофилия, эозинофилы в моче Гемолиз, анемия (гемоглобин $\downarrow$ ) Гранулярные тубулярные цилиндры

Рисунок 2. Острая почечная недостаточность: клинические аспекты.

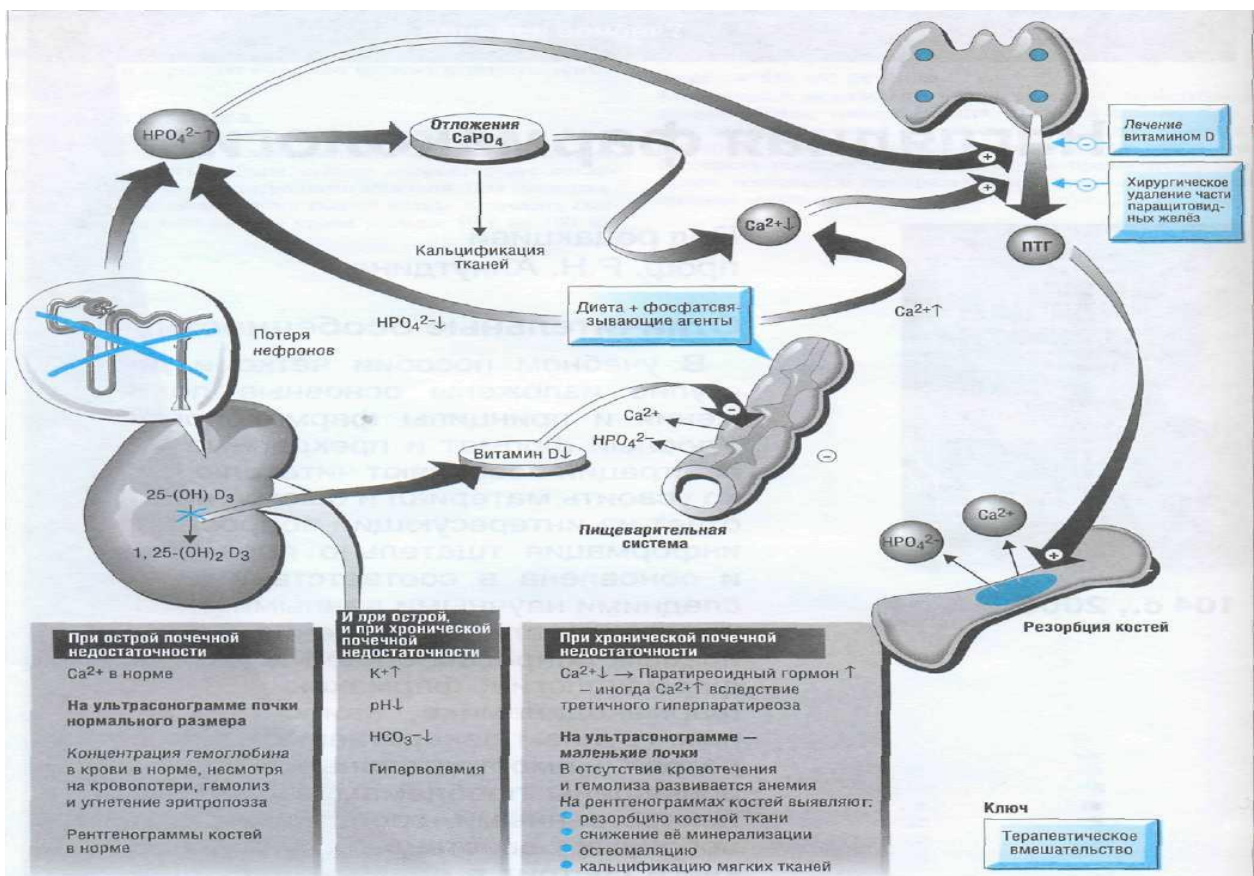


Рисунок 3. Хроническая почечная недостаточность и связанное с заболеванием почек поражение костной ткани.



Величина объема мочи – интегральная, но сравнительно малоспецифичная характеристика функционального состояния почек, поскольку зависит от ряда экстраренальных и ренальных факторов. Если диурез снижается ниже необходимого минимума, у пациента констатируют развитие олигоурии (выделение за сутки менее 5 мл мочи/кг массы тела). Концентрация креатинина в сыворотке крови и клиренс креатинина являются наиболее распространенными тестами функционального состояния почек в клинике. В целом они отражают величину скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Не исключено, что более реальной альтернативой Scr или клиренсу креатинина в перспективе может послужить цистатин С.

- В практике ведения пациентов с ОПН важным представляется оценка того, остается ли функция почек стабильной, или имеет тенденцию к улучшению/ухудшению? В такой ситуации измерения Scr оказываются вполне приемлемым клиническим тестом.

- В настоящее время в литературе обсуждается и возможность использования некоторых других биомаркеров для прогнозирования развития и исходов ОПН.

- К ним относятся интерлейкин - 18, молекула почечного повреждения - 1, нейтрофил-гелатиназа-ассоциированный липокалин, Na+/H+ обменник типа 3 (NHE-3), ряд ферментов, в норме обычно локализующихся в щеточной кайме проксимальных канальцев, и др.

- Эксперты ADQI при разработке определения и стратификации тяжести ОПН предложили следующее

определение ОПН – “внезапное и устойчивое снижение гломерулярной фильтрации или объема мочи, или того и другого вместе”

- При этом почечная дисфункция, существующая даже более месяца, может рассматриваться как “острая”. Обычно развитие ОПН происходит за 1–7 суток. Критерием “устойчивости” дисфункции является ее регистрация в течение 24 часов и более. [6,7]

Рассматривая проблему определения и стратификации тяжести ОПН, эксперты ADQI исходили из ряда принципов:

- изменения функции почек должны отсчитываться от деленного базального уровня;

- должна быть учтена возможность острого ухудшения функции почек у пациентов с уже существующей хронической почечной дисфункцией (“ОПН на ХПН”);

- критерии диагностики и оценки тяжести ОПН должны быть легкоприменимыми в различных клинических центрах;

- должны быть определены чувствительность и специфичность этих критериев. Система таких критериев, предложенная экспертами ADQI, получила аббревиатуру RIFLE. Классификация RIFLE представлена в табл. 1.

На практике для оценки СКФ при ОПН реально использовать значения концентрации сывороточного креатинина. В качестве такого заданного уровня СКФ экспертами ADQI было принято ее значение составляющее 75 мл/мин.

Таблица 1.

**Классификация RIFLE**

Класс	СКФ-критерии	Критерии диуреза	Специфичность/чувствительность
<b>R (риск)</b>	Нарастание Scr × 1,5 или снижение СКФ более чем на 25 %	< 0,5 мл/кг/ч × 6 ч	<b>Высокая чувствительность</b>
<b>I (повреждение)</b>	Нарастание Scr × 2 или снижение СКФ более чем на 50 %	< 0,5 мл/кг/ч × 12 ч	
<b>F (недостаточность)</b>	Нарастание Scr × 3 или снижение СКФ более чем на 75 % или Scr > 4 мг/дл (> 354 мкмоль/л) с быстрым нарастанием > 0,5 мг/дл (> 44 мкмоль/л)	< 0,3 мл/кг/ч × 24 ч или анурия × 12 ч	<b>Высокая специфичность</b>
<b>L (утрата функции почек)</b>	Персистирующая ОПН = полной потери функции почек > 4 недель		
<b>E (терминальная почечная недостаточность)</b>	Терминальная почечная недостаточность > 3 мес.		

Таблица 2.

**Оценка “базальных” значений Scr, мкмоль/л, соответствующих величинам СКФ 75 мл/мин/м<sup>2</sup> (по Bouman).**

Возраст, годы	Мужчины	Женщины
20–24	115	88
25–29	106	88
30–39	106	80
40–54	97	80
55–65	97	71
> 65	88	71

Примечание. В отличие от оригинала приведены значения Scr только для лиц европеоидной расы.

Таблица 3.

**Стадии острого повреждения почек по AKIN.**

Стадия	Критерии, основанные на Scr	Критерии, основанные на объеме мочи
1	Нарастание Scr, больше или равное 26,4 мкмоль/л, или от 150 до 200 % (в 1,5–2,0 раза) от базального	Менее чем 0,5 мл/кг/ч в течение более чем 6 ч
2	Нарастание Scr более чем на 200 %, но менее чем на 300 % (более чем в 2, но менее чем в 3 раза) от базального	Менее чем 0,5 мл/кг/ч в течение более чем 12 ч
3	Нарастание Scr более чем на 300 % (более чем в 3 раза) от базального или Scr, равный или больше 354 мкмоль/л с быстрым нарастанием более 44 мкмоль/л	Менее чем 0,3 мл/кг/ч в течение 24 ч или анурия в течение 12 ч

Острое нарастание Scr по крайней мере на 44 мкмоль/л (до уровня свыше 354 мкмоль/л) может служить основанием идентификации пациентов с ОПН, у которых исходный уровень сывороточного креатинина не нормален. Как показали результаты ряда исследований, система критериев RIFLE неплохо зарекомендовала себя на практике, в том числе в отношении предсказания исходов у пациентов с ОПН [8,9].

Наконец, подчеркнем очень существенный, с нашей точки зрения, момент. Как отметили эксперты ADQI “критерии ОПН [RIFLE-критерии. – Авт.] могут применяться ко всем формам ОПН у пациентов, находящихся в критических состояниях, за исключением первичных заболеваний почек, таких как гломерулонефриты” При обсуждении имеющихся проблем участниками группы ADQI, представителями трех нефрологических ассоциаций (ASN, ISN и NKF) и Европейского общества интенсивной терапии (European Society of Intensive Care

Medicine) на встрече в Виченце (Италия) в 2004 г. была предложена концепция “острого повреждения почек” (ОПП – acute kidney injury – AKI).

Согласно заключению экспертов AKIN, диагноз ОПП может устанавливаться при быстром (в течение 48 часов) снижении функции почек, которое в настоящее время определяется как нарастание абсолютных значений Scr на 26,4 мкмоль/л или более; относительном повышении концентрации сывороточного креатинина, равном или большем 50 % (в 1,5 раза от базального уровня) или снижении объема мочи (документированная олигоурия при диурезе менее 0,5 мл/кг массы тела/ч в течение 6 часов) [10]. При этом требуется минимум двукратное определение Scr в течение 48 часов. Экспертами AKIN также была предложена система стратификации тяжести ОПП, представляющая собой модификацию системы RIFLE (табл. 3) [10].

Таблица 4.

**Модифицированная система диагностики и стратификации тяжести ОПП**

Стадия	Критерии, основанные на Scr	Критерии, основанные на СКФ *	Критерии, основанные на объеме мочи
1	Отсутствие изменений Scr, при наличии других маркеров повреждения почек	Отсутствие изменений СКФ или снижение СКФ при нормальных значениях Scr	Отсутствие изменений
2	Нарастание Scr больше или равное 26,4 мкмоль/л, или от 150 до 200 % (в 1,5–2 раза) от базального	Снижение СКФ более чем на 25 %	Менее чем 0,5 мл/кг/ч в течение более чем 6 ч
3	Нарастание Scr, более чем на 200 %, но менее чем на 300 % (более чем в 2, но менее чем в 3 раза) от базального	Снижение СКФ более чем на 50 %, но менее чем на 75 %	Менее чем 0,5 мл/кг/ч в течение более чем 12 ч
4	Нарастание Scr более чем на 300 % (более чем в 3 раза) от базального или Scr, равный или больше 354 мкмоль/л с быстрым нарастанием более 44 мкмоль/л	Снижение СКФ более чем на 75 %	Менее чем 0,3 мл/кг/ч в течение 24 ч или анурия в течение 12 ч

Применяются при ОПП на фоне первичных паренхиматозных заболеваний почек. Для оценки СКФ следует использовать клиренс креатинина (в случае необхо-

димости при краткосрочном сборе мочи), но не “расчетные” методы (MDRD, Cockcroft – Gault и др.).

Таблица 5.

**Исходы ОПП.**

Исход	Характеристика
Полное выздоровление	Нормализация функции почек, исчезновение маркеров повреждения почек
Выздоровление с дефектом	А) Персистирование маркеров почечного повреждения с восстановлением функции (СКФ > 90 мл/мин). Б) Умеренное или выраженное, стойкое снижение функции (СКФ < 89 > 15 мл/мин) с наличием или отсутствием маркеров почечного повреждения
Терминальная почечная недостаточность	СКФ < 15 мл/мин или постоянная заместительная терапия

Данная система, основанная на изменениях Scr и/или объема мочи, во многом близка к системе RIFLE, но все же отличается от нее по ряду признаков. Классы

L и E по системе RIFLE выведены из данной классификации и рассматриваются как исходы острого повреждения почек. В то же время категория R в системе

RIFLE, по сути, совпадает с таковыми диагноза 1-й стадии ОПП в системе AKIN, а классы I и F по RIFLE соответствуют стадиям 2 и 3 по AKIN. Под ОПП предлагается понимать острое (часы недели), потенциально обратимое повреждение почечной паренхимы различной этиологии и патогенеза со снижением или без снижения экскреторной функции почек [11,12].

Целесообразно отдельно называть также факторы риска ОПП: наличие ХБП любого происхождения; пожилой возраст; сахарный диабет; аутоиммунные заболевания; инфекции и обструкция мочевых путей; нефротоксины (в том числе нефротоксические лекарства); сепсис; травма; шок; множественная миелома; гемотрансфузии; заболевания печени; нарушения гемокоагуляции; беременность; расстройства электролитного гомеостаза; острый инфаркт миокарда; сердечная недостаточность; кардиохирургические вмешательства; гиповолемия; гипальбуминемия; расовая принадлежность.

Таким образом, принципы диагностики и стратификации тяжести острого повреждения почек с предложенными выше изменениями и дополнениями могут быть использованы в практике отечественных нефрологов и врачей отделений интенсивной терапии [13].

#### Литература:

1. Waikar SS, Liu KD, Chertow GM. Diagnosis, epidemiology and outcomes of acute kidney injury. Clin J Am Soc Nephrol 2008;3(3):844–61.
2. Hoste EA, Clermont G, Kersten A, et al. RIFLE criteria for acute kidney injury are associated with hospital mortality in critically ill patients: a cohort analysis. Crit Care 2006;10(3): R73.
3. Bouman C, Kellum JA, Lamiere N, Levin N. Definition of acute renal failure. Acute Dialysis Quality Initiative. 2nd International Consensus Conference, 2002.
4. National Kidney Foundation KD: Clinical practice guidelines for chronic Kidney disease: Evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis 2002;39(Suppl. 1):S1–S266.

5. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Int 2005;67(6):2089–100.

6. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, et al. Acute Dialysis Quality Initiative workgroup. Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Crit Care 2004;8(4):R204–212.

7. Melnikov VY, Molitoris BA. Improvements in the diagnosis of acute kidney injury. Saudi J Kidney Dis Transpl 2008;19(4):537–44.

8. Смирнов А.В., Каюков И.Г., Есаян А.М. и др. Проблема оценки скорости клубочковой фильтрации в современной нефрологии: новый индикатор –цистатин С // Нефрология. 2005. Т. 9. № 3. С. 16–27.

9. Смирнов А.В., Седов В.М., Лхаахуу Од-Эрдэнэ и др. Снижение скорости клубочковой фильтрации как независимый фактор риска сердечно-сосудистой болезни // Нефрология. 2006. Т. 10. № 4. С. 7–17.

10. Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, et al. Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. Crit Care 2007;11(2):R31.

11. Clarkson MR, Fridewald JJ, Eustace JA, et al. Acute kidney injury. In: Brenner BM, ed. The kidney, 8th edition. Saunders Elsevier, Philadelphia e.a., 2008;943–86.

12. Barrantes F, Tian J, Vazquez R, et al. Acute kidney injury criteria predict outcomes of critically ill patients. Crit Care Med 2008;36(5):1397–403.

13. Bagshaw SM, George C, Bellomo R. ANZICS Database Management Committee. A comparison of the RIFLE and AKIN criteria for acute kidney injury in critically ill patients. Nephrol Dial Transplant 2008; 23(5):1569–74.

#### Тұжырым

### ЖЕДЕЛ БҮЙРЕК ЗАҚЫМДАЛУЫ. ЗАМАНАУИ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЕМДЕУ АСПЕКТІЛЕРІ

Л.К. Қаражанова, Д.Ә. Мұқанова, Ж.У. Кусегенова, А.М. Жанболатова

Дәрісте келтірілген жедел бүйрек зақымдалуының ауырлық стратификациясы мен диагностиканың модифицирленген жүйесі өзгерістер мен қосымшалар отандық тәжірибелік нефрологтар мен интенсивті терапия бөлімі дәрігерлеріне арналған.

**Шешуші сөздер:** жедел бүйрек зақымдалуы, қауіп факторлары, диагностикасы, емі

#### Summary

### ACUTE KIDNEY INJURY. MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

L.K. Karazhanova, D.A. Mukanova, Zh.U. Kusegenova, A.M. Zhanbolatova

Presented in a lecture modified system of diagnosis and severity stratification of acute kidney injury with changes and additions can be used in the practice of local nephrologists and intensive care units physicians.

УДК 616.12-073.7-616.12-008.318

Л.К. Каражанова, А.А. Чиньбаева, М.А. Капакова

Государственный медицинский университет города Семей

### РОЛЬ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ (КАНАЛОПАТИИ) С РИСКОМ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ АРИТМИЙ

#### Резюме

Данная лекция посвящена группе наследственных заболеваний - «первичные электрические болезни сердца» или «каналопатии». Представлены диагностические критерии и показания для проведения Холтеровского мониторинга ЭКГ.

**Ключевые слова:** Холтеровское мониторирование ЭКГ, каналопатии, диагностика.

В кардиологии выделилась группа наследственных заболеваний, с высоким риском ВСС, которые объединены в понятие «первичные электрические болезни сердца» или «каналопатии», так как в основе их патогенеза лежат молекулярно-генетические anomalies регуляционных каналов кардиомиоцита [1-2].

В настоящее время к «каналопатиям» без очевидного поражения миокарда относят следующие клинико-электрокардиографические синдромы:

- Синдром удлиненного QT;
- Синдром Бругада;
- Катехоламинергические ЖТ;
- Синдром короткого QT;
- Идиопатическая фибрилляция желудочков.

**Синдром удлиненного QT.** Для установления диагноза СУИQT P.Schwartz предложил выделять большие и малые клинико-электрокардиографические диагно-

стические критерии СУИQT, которые являются основным стандартом для диагностики заболевания [3- 4]. К большим критериям отнесены: - удлинение скорректированного интервала QTc (рассчитанного по формуле  $QTc = QT/\sqrt{RR}$ ) на ЭКГ покоя; - стресс-индуцированные синкопе; - случаи выявления удлинения интервала QT в семье. Среди малых критериев: - врожденная глухота; - макроскопическая (визуальная) альтернация зубца T; - низкая частота сердечных сокращений и нарушение процесса реполяризации миокарда желудочков. Роль ХМ в диагностике, стратификации риска и оценке эффективности лечения заключается в выявлении желудочковых тахикардий, прежде всего жизнеугрожающих ЖТ (полиморфной ЖТ, тахикардии типа «пируэт»), макроальтернации T зубца, оценка продолжительности интервала QT [5-7].

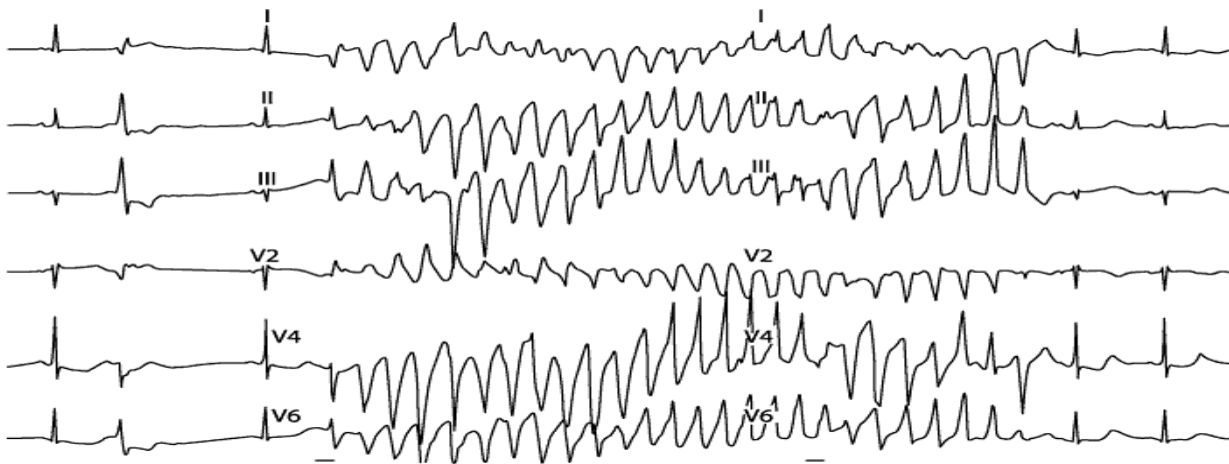


Рисунок 1. Эпизод пируэт-тахикардии у пациента с синдромом удлиненного интервала QT.

**Синдром короткого интервала QT (СКИQT).** СКИQT является редким генетическим аритмогенным синдромом у лиц со структурно нормальным сердцем, который, в первую очередь, характеризуется коротким интервалом QT с  $\leq 300$  мсек на ЭКГ покоя с узким, заостренным T зубцом, частой ассоциацией с фибрилляцией предсердий, большим спектром нарушений сердечного ритма. Выявлено 2 клинических варианта синдрома: идиопатический частото-независимый - при котором интервал QT укорочен постоянно и парадоксальный брадикардический, при котором укорочение QT отмечается только при развитии брадикардии в ночное время при ХМ [7-9].

Основные 3 варианта заболевания (LQT1, LQT2 и LQT3) имеют специфическую морфологию T зубца, которая может помочь в сочетании с клинической картиной предположить молекулярно-генетический вариант заболевания и обосновать тактику дальнейшей диагностики и генспецифической терапии LQT1 типичен остроконечный, с широким основанием T зубец, LQT2 – двугорбый зубец и паузовые желудочковые экстрасистолы LQT3 – длинный сегмент ST на уровне изолинии с высоким отклонением конечной части зубца T.

**Синдром Бругада.** Синдром Бругада характеризуется блокадой правой ножки пучка Гиса с подъемом сегмента ST в отведениях V1-3 и высоким риском развития ВСС у лиц со структурно нормальным сердцем. Доказан семейный характер этого заболевания и вы-

явлен генетический дефект натриевых каналов сердечной мышцы [9-11].

Клиническая картина синдрома Бругада характеризуется возникновением синкопе или ВСС на фоне приступов желудочковой тахикардии. Часто ночью или во сне могут быть приступы ночного удушья или агонального дыхания, интерпретируемые нередко как ночное апноэ.

В случае смерти на аутопсии отсутствуют признаки органического поражения миокарда и коронарных сосудов. Ключевым звеном патогенеза заболевания является генетически детерминированное нарушение ионных каналов кардиомиоцита, обусловленное мутациями гена SCN5A.

При ХМ возможна регистрация полиморфной тахикардии пируэт, макроскопической и микровольтной альтернации T зубца.

**Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия.** Молекулярно-генетической основой КПЖТ [12-16] является мутация в гене сердечного риадинавого рецептора (RyR2) кодирующего  $Ca^{++}$  регуляторный протеин (PCVT1) или нарушение белка кальсеквистрина CASQ2, ключевого белка регулирующего высвобождение  $Ca^{++}$  из саркоплазматического ретикулума (PCVT2). Часто ЖТ имеет характер двунаправленной, с морфологией попеременной блокады передней и задней ветви левой ножки пучка Гиса при регистрации в стандартных отведениях или при ХМ.

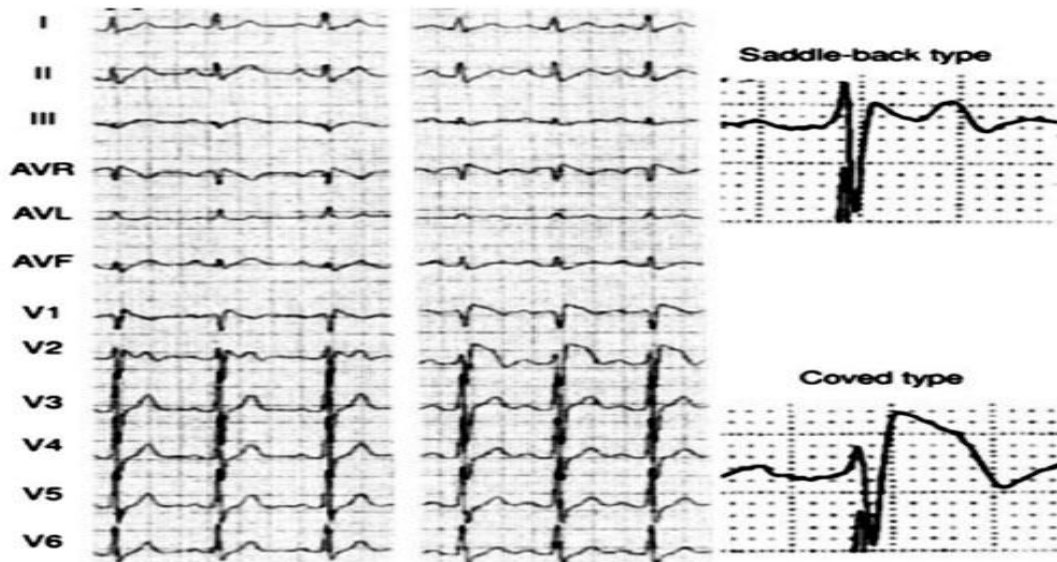


Рисунок 2. ЭКГ изменения при синдроме Бругада.

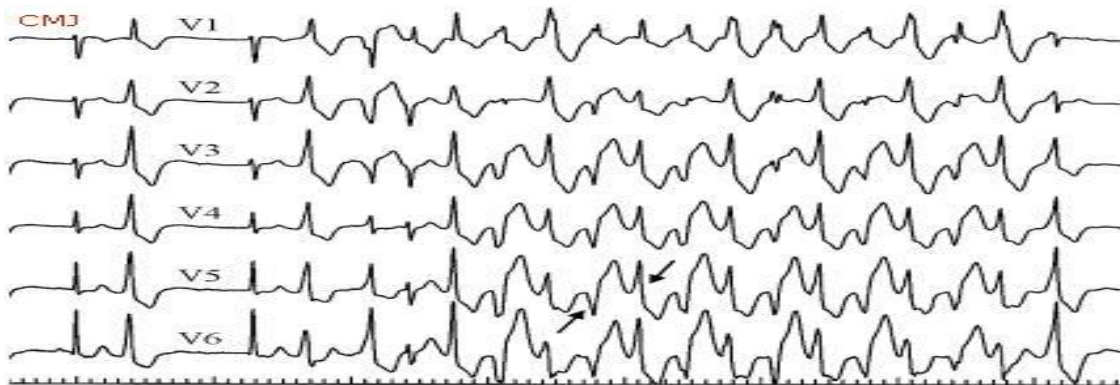


Рисунок 3. Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия.

**Синдром внезапной смерти и идиопатическая фибрилляция желудочков.** Синдром внезапной необъяснимой смерти или согласно аббревиатуре, принятой в англоязычной научной литературе - SUDS (sudden unexplained death syndrome). Достаточно часто на ЭКГ выявляется подъем сегмента ST в правых прекардиальных отведениях, увеличение времени АВ проведения на ЭКГ или при ЭФИ. Однако существует и группа больных, у которых не удалось выявить сколь либо характерных электрокардиографических изменений [17-21]. При оценке ВРС при ХМ у больных с данным синдромом выявлен ригидный сердечный ритм со сниженной разницей между дневным и ночным значениями ЧСС ( $21,3 \pm 7,4$  уд/мин в контрольной группе,  $9,1 \pm 5,9$  уд/мин у больных с подозрением на наличие синдрома и  $7,0 \pm 5,6$  уд/мин у больных с верифицированным SUDS,  $p < 0.001$ ) [22-26]. Также эти изменения могут быть информативно тестированы по прогрессирующему снижению величины циркадного индекса 1,1 у больных с наиболее тяжелым клиническим течением заболевания [27-28]. Наиболее опасную форму желудочковых тахикардий представляет идиопатическая фибрилляция желудочков, являющаяся причиной до 1% всех случаев внебольничной ВСС. Эта аритмия преимущественно возникает у больных 33-36 лет, до 25% больных в этой группе составляют молодые люди в возрасте до 20 лет. Эти больные с высоким риском и часто един-

ственным методом предупреждения ВСС у них является имплантация кардиовертеров-дефибрилляторов [29].

**Литература:**

1. Резник А.В., Федоров В.В., Розенштраух Л.В. Ионные каналы и токи в кардиомиоцитах. Кардиология 2006; 2:4-18.
2. Jewell A.; Lange-Nielsen, F. Congenital deaf-mutism, functional heart disease with prolongation of Q-T interval and sudden death. Am. Heart J. 54: 59-68, 1957.
3. Romano, C; Gemme, G.; Pongiglione, R. Aritmie cardiache rare dell eta pediatrica. II. Accessi sincopali per fibrillazione ventricolare parossistica. (Presentazione del primo caso della letteraturapediatrica Italiana.) Clin. Pediat. 45: 656-683, 1963.
4. Ward O. C A new familial cardiac syndrome in children. J. Irish Med. Assoc. 54: 103-106, 1964.
5. London B. Overview of inherited diseases that predispose to the development of cardiac arrhythmias (LQTS, ARVD. AF. Brugada). North America Society of Pacing and Electrophysiology (NASPE) 21<sup>st</sup> Annual Scientific Sessions.
6. Schwartz P. Idiopathic long QT syndrome: progress and questions. Am Heart.1985:109:399-411.
7. Crotti L, Celano G, Federica Dagradi F and J Schwartz P. Congenital long QT syndrome. Orphanet Journal of Rare Diseases 2008, 3:18
8. Moss A, Goldenberg 1. Importance of Knowing the Genotype and the Specific Mutation When Mmciging Pa-



tients With Long-QT Syndrome. Circ Arrhythmia Electrophysiol 2008; 1 ;219-226.

9. Makarov L.M., Belokon N.A., Laan M.I., Belozerov Y.M., Shkolnicova M.A., Kruglikov I.V., Holter monitoring in the long QT syndrome of children and adolescents// COR VASA. - 32(6). - 414-483/ - 1990.

10. Gertie CM., Beaufort-Krol, Maarten P et al. Developmental aspects of Long QT syndrome type 3 and Brugada syndrome on the basis of a single SCN5A mutation in childhood J Am Coll Cardiol 2005;46:331-7

11. Etheridge SP, Compton SJ, Tristani-Firouzi M, Mason JW. A new oral therapy for long QT syndrome: long-term oral potassium improves repolarization in patients with HERG mutations. J Am Coll Cardiol 2003 Nov 19;42(10):1777-82.

12. Tristani-Firouzi, M, Jensen JL, Donaldson MR. et al. Functional and clinical characterization of KCNJ2 mutations associated with LQT7 (Andersen syndrome). J Clin invest 2002; 110:381-388.

13. Andersen ED, Krasilnikoff PA, Overvad H. Intermittent muscular weakness, extrasystoles, and multiple developmental abnormalities: a new syndrome Acta Paediatr Scand 1971;60:559-564.

14. Макаров Л.М., Комолятова В.Н., Колосов В.О. и соавт. Синдром Андерсена-Тавила. Эффективность препаратов IC класса. Описание случая. Кардиология 2012 (в печати).

15. Neyrod N., Maison-Blanche, I.Denjoy, Chevret S., Danger C, Dausse E., Fayn J., Badilini F., Menhadi N., Schwartz K., Guicheney P., Coumel P. Diagnostic performance of QT variables from 24-hour electrocardiography in the long QT syndrome. European Heart J 1998; 19:158-165.

16. Lande G, Kyndt F, Baro I, Chabannes D Boisseau P, Pony JC, Escande D, Le Marec H. Dynamic analysis of the QT interval in long QTI syndrome patients with a normal phenotype.

17. Merri M, Moss A., Benhorin J, Locati K, Aalberti M, Badilini F. et al. Relation between ventricular repolarisation duration and cardiac cycle length during 24-hour Holter recordings: findings in normal patients and patients with long QT syndrome. Circulation 1992;85:1816-1821.

18. Makarov L. The QT interval and "QT dynamicity" during Holter monitoring in children and adolescents. Turk

Aritmi, Pacemaker ve Elektrofizyoloji Dergisi. 2010; 8(1): 7-14.

19. Locati E. QT interval duration and adaptation to heart rate. In: Zareba W., Maison-Blanche P., Locati E. (eds). Noninvasive Electrocardiology in Clinical Practice. Futura Puhl. Co., Armonk, NY, 2001, 71- 96 p.

20. Lande G, Kyndt, F, Baro et al. Dynamic analysis of the QT interval in long QT1 syndrome patients with a normal phenotype Eur Heart J.2001 Mar;22(5):410-22.

21. Gussak I, Brugada P, Brugada J, Wright RS, Kopecky SL, Chaitman BR, Bjerregaard P. Idiopathic short QT interval: a new clinical syndrome? Cardiology 2000; 94(2):99-102.

22. Gussak I, Brugada P., Brugada J, Antzelevitch C, Osbakken M. Bjerregaard P. ECG phenomenon of idiopathic and paradoxical short QT intervals. Cardiac Electrophysiology Review 2002; 6: 49-53.

23. Rasmussen V, Jensen .J, Hansen .J. QT interval in 24-hour ambulatory ECG recordings from 60 healthy adult subjects. J Electrocardiol 1991;24:91-95.

24. Brugada P, Brugada J. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: A distinct clinical and electrocardiographic syndrome. J Am Coll Cardiol 1992;20:1391-1396.

25. Silvia G. Priori, Maurizio Gasparini, Carlo Napolitano et al Risk Stratification in Brugada Syndrome Results of the PRELUDE (Programmed ELectrical stimulation predictive valuE) Registry. J Am Coll Cardiol 2012;59:37-45.

26. Larsson E., Wesslen L., Lindquist O. et al. Sudden unexpected cardiac death among young Swedish orienteers-morphological changes in heart and other organs. APMIS, 1999, 107 (3): 325-336.

27. Leenhardt A, Lucet V, Denjoy I, et al. Catecholaminergic Polymorphic Ventricular Tachycardia in Children A 7-Year Follow-up of 21 Patients. Circulation. 1995;91:1512-1519.

28. Sumitomo N, Harada K, Nagashima M, et al. Catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia: electrocardiographic characteristics and optimal therapeutic strategies to prevent sudden death // Heart. 2003 Jan;89(1):66-70.

29. Veerakul G, Nademanee K What is the sudden death syndrome in Southeast Asian males? Cardiol Rev 2000 Mar-Apr;8(2):90-5.

#### Тұжырым

### ӨМІРГЕ ҚАТЕРЛІ АРИТМИЯЛАР ҚАУПІ БАР ГЕНЕТИКАЛЫҚ СИНДРОМДАР (КАНАЛОПАТИЯЛАР) ДИАГНОСТИКАСЫНДА ЭКГ-НІҢ ХОЛТЕРЛІК МОНИТОРЛАУ

Л.К. Каражанова, А.А. Чиньбаева, М.А. Капакова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Аталған дәріс тұқымқуалаушылық аурулар тобына- «жүректің біріншілік электрлік аурулары» немесе «каналопатияларға» арналған. Сонымен қатар ЭКГ-ні холтерлік мониторинг жүргізу диагностикалық критерилері мен көрсеткіштері келтірілген.

**Негізгі сөздер:** ЭКГ холтерлік мониторинг, каналопатиялар, диагностика

#### Summary

### ROLE OF CHOLTER ECG MONITORING IN THE DIAGNOSIS OF GENETIC SYNDROMES (CHANNELOPATHIES) WITH THE RISK OF LIFE-THREATENING ARRHYTHMIAS

L.K. Karazhanova, A.A. Chinybaeva, M.A. Kapakova

Semey State Medical University

This lecture is devoted to a group of hereditary diseases - the "primary electrical cardiac diseases" or "channelopathies." There are diagnostic criteria and indications for Cholter ECG monitoring present in this lecture.

**Key words:** Cholter ECG monitoring, channelopathies, diagnostics.

УДК 616.12-008-614.876-071-08-084

L.M. Pivina, A.S. Kerimkulova

Semey State Medical University

**DEVELOPING OF METHODOLOGIES FOR PREDICTING, EARLY DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE POPULATION EXPOSED TO RADIATION****Abstrakt**

*In the paper we have presented the developed algorithm for prognosis, early diagnostics, treatment and prevention of cardiovascular diseases in the population of East-Kazakhstan area exposed to ionizing radiation in results of nuclear tests. For every group of radiation risk we have developed the list of necessary measures aimed to prognosis, treatment, primary and secondary prophylactics and monitoring of the effectiveness of done measures.*

**Key words:** forecasting, prenosological diagnosis, treatment, primary or secondary prevention, monitoring activities.

Despite the considerable progress of clinical medicine, cardiovascular diseases are still dominant in the structure of morbidity and mortality in developed countries. Their percentage in the structure of mortality in Kazakhstan is 49-52%. Society has significant economic losses due to increased morbidity and mortality from cardiovascular disease. This problem is particularly actual in the East Kazakhstan region where the large population has been exposed to long term combined internal and external irradiation in result of nuclear tests at the Semipalatinsk test site. The incidence rate for cardiovascular diseases in Abay district of East Kazakhstan Area adjacent to the former test site, reached a critical value 3993.7 per 100,000 people in 2008 in comparison with average national index 1906.2 per 100,000 population [1].

After the cessation of atmospheric nuclear tests at the Semipalatinsk test site the population living in adjacent territories in subsequent years continued to be irradiated by the long-lived fission products from food and water. The current radiation-hygienic and demographic situation contributed additional exposure of the population, including directly exposed persons during nuclear weapons tests, and their descendants in the second and third generations [2].

The aim of our research is to develop the methodology for selection the study groups, methods of prognosis, early diagnosis, treatment and prevention of cardiovascular disease in the population of the East Kazakhstan region exposed to radiation in the result of nuclear weapons tests.

This study was conducted as a part of the scientific program "Development of science based technologies to minimize environmental risk of adverse effects to human health."

To achieve this goal we have developed the algorithm for selection of study groups from the population living in ecologically unfavorable areas which has high risk of developing cardiovascular diseases.

The first study group composed of persons exposed to the direct effects of radiation during the main dose-forming air and ground tests. The present time this strata includes the population of age 60 years and older. In this group of the population there is the high level of spontaneous circulatory diseases, age-related atherosclerotic changes, and therefore it is enough difficult to determine the contribution of radiation risk factor in this population.

Our attention should be focused on the descendants of persons exposed to direct radiation, included to the second group of the study. They are the offspring of II generation in the age stratum 40-50 years, who were born from exposed

parents and contemporary were the subject for internal and external irradiation in infancy and childhood. In this group we can expect the maximum risk of the realization of post-radiation effects such as different forms of multifactorial diseases, which primarily include cardiovascular diseases such as hypertension and coronary heart disease.

The aim of investigation in this group is to determine the risk of cardiovascular diseases based on the selection of radiation and non-radiation risk factors, early prenosological diagnosis, assessment of clinical and epidemiological features of the development and course of cardiovascular diseases, followed by the primary and secondary prevention as well as treatment and rehabilitation.

This group also includes the descendants of III and IV generations of persons exposed to the direct radiation. In this case our goal is to determine the risk and genetic predisposition to cardiovascular diseases, followed by preventive measures.

These activities are carried out in two stages:

Stage 1 - clinical screening - on-site study of radiation risk groups with different radiation doses;

Stage 2 - in-depth clinical study in ambulatory and hospital conditions.

The first phase of a cardiologic examination includes therapeutic examination, filling the screening questionnaire with the definition of the radiation route of the patient, his parents, grandparents, registration of risk factors for cardiovascular disease (smoking, obesity, alcohol use, family history and other.), ECG recording at rest, ophthalmologic examination, biochemical blood analyses.

In the second stage a person with a high risk of developing CVD or defined form of CVD is under monitoring of cardiologist and could be sent for further examination, including ultrasound of the heart (EchoCG) and peripheral vessels, ambulatory daily blood pressure monitoring, Holter monitoring of ECG, biochemical blood analyses (triglycerides, HDL cholesterol and LDL cholesterol, creatinine, bilirubin, ALT, AST). At this stage for the patient with established nosological form the patient CVD card is filled with detailing of radiological and non-radiological risk factors, complaints, clinical data, medical history.

The third phase of the program provides ambulatory follow-up for the patients with CVD and persons who have high or moderate risk of CVD appearance (dyslipidemia, obesity and metabolic syndrome, family history), appointment of effective modern medicines or inclusion in the clinical study group for therapeutic management and secondary prevention.

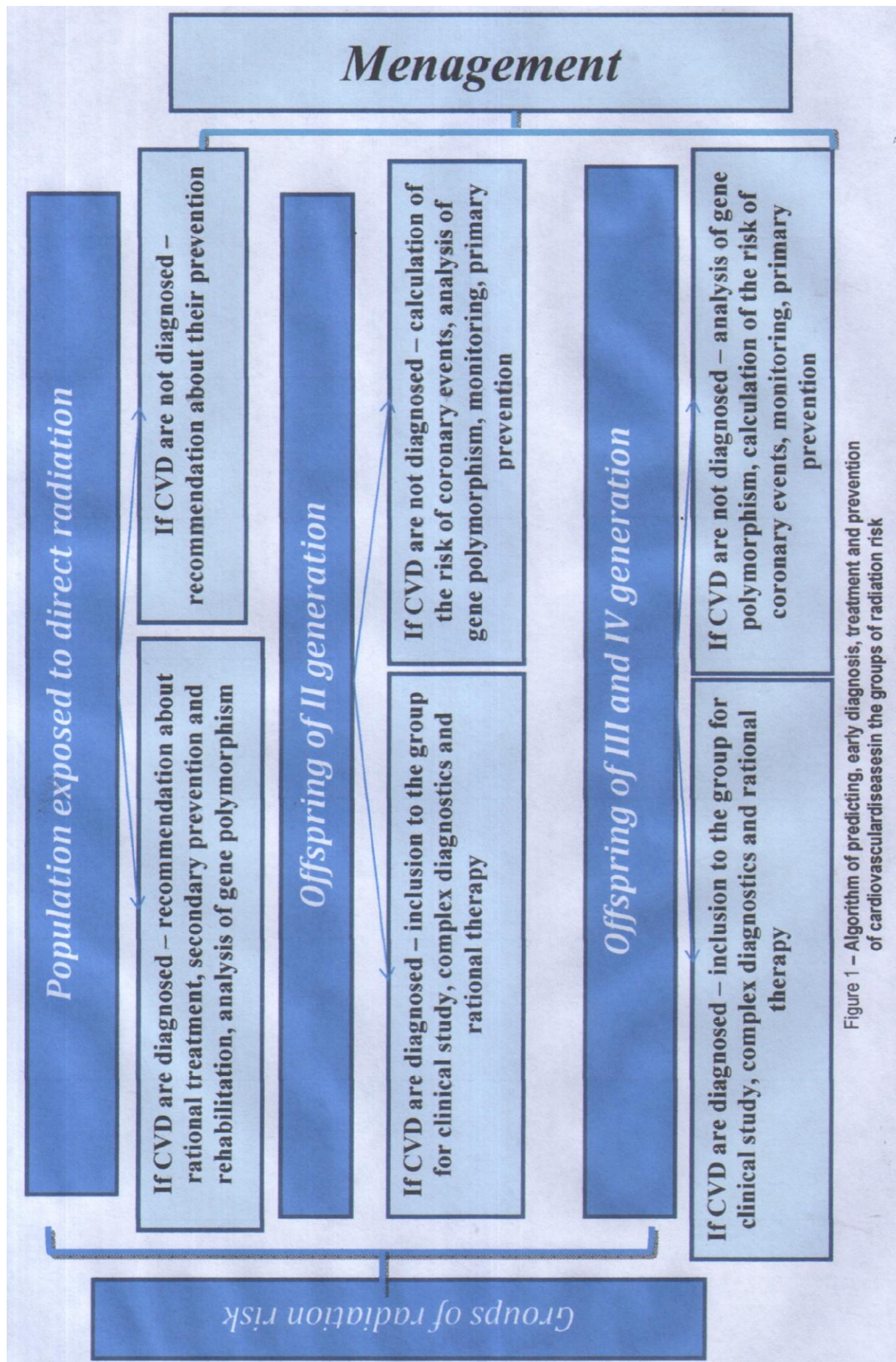


Figure 1 – Algorithm of predicting, early diagnosis, treatment and prevention of cardiovascular diseases in the groups of radiation risk



For the population with high risk factors, but no clinical form CVD we developed a questionnaire to determine coronary risk, including issues of passport data, radiation route, medical history, anthropometric data, smoking, blood pressure and cholesterol, family history, lifestyle. To determine the overall risk of atherosclerotic disease, the tactics of non-drug and medication management we use computer program HeartScore® - electronic analog of the paper version of SCORE, recommended by the international Society of Cardiology.

HeartScore is a convenient and useful tool for cardiologists and other physicians wishing to assess cardiovascular risk, plan and evaluate tailored risk factor intervention in high CVD risk subjects HeartScore® is designed to assess the cardiovascular risk of those people who are not ill, but has risk factors for CVD, to create a database for each of the examined patients, presents a graphic picture of the absolute risk of CVD, helps optimize the potential benefits of the intervention, assessing the relative importance of correctable risk factors, offers direct access to the relevant information from the new recommendations, gives expert advice about healthy living based on the actual risk profile of the patient, promotes a healthy lifestyle and adherence to medical treatment.

To determine the susceptibility to the development of cardiovascular diseases among the offspring of exposed persons, determine the relationship of CVD with radiation exposure, their early diagnosis and development of prevention program, we have been conducting the clinical and genetic monitoring in order to search for polymorphic markers in candidate genes which are responsible for the development of cardiovascular and atherosclerotic diseases.

Using method of polymerase chain reaction we have been carried out the study of the association of polymorphic markers of several candidate genes responsible for the

regulation of blood pressure (AGT), lipid metabolism (PON 1), the exchange of homocysteine (MTHFR), apolipoprotein E (APOE).

Blood samples for the analysis of the polymorphism of candidate genes is carried by different generations of a family that has been living in the contaminated territories, including older people who are directly exposed to radiation, their descendants of II generation with the established forms CVD or high risk of its development and offspring of III generation with possible susceptibility to cardiovascular disease.

Figure 1 presents the developed algorithm for prediction, early diagnosis, treatment and prevention of cardiovascular diseases in the population exposed to radiation. For each group of radiation risk including people exposed to direct radiation during the air and ground nuclear weapons testing and their descendants in the second, third and fourth generation we have developed a list of the necessary measures to prognosis, prenosological diagnostics, treatment, primary or secondary prevention, as well as monitoring of the effectiveness of the measures.

Carrying out these measures allows us reducing the incidence, morbidity and mortality from cardiovascular diseases, increasing the treatment costs and manifest rehabilitation of their complications.

#### References:

1. Kazakhstan today. Information analytical digest. Prepared by the Agency of Statistics. Ed. K.S. Abdieva. – Almaty LLP "Intelservice", - 2009. - P.238.

2. Balmukhanov S.B., Abdrakhmanov J. N., Balmukhanov T.S., Gusev B.I., Kurakina N.N., Raisov T.G. Medical Effects and Dosimetric Data from Nuclear Tests at the Semipalatinsk Test Site /Technical Report for Defense Threat Reduction Agency. – June, 2006.- 124 p.

#### Резюме

### РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ, РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова

Государственный медицинский университет города Семей

В статье приведен разработанный алгоритм прогнозирования, ранней диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения у населения Восточно-Казахстанской области, длительное время подвергавшегося радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия. Для каждой из групп радиационного риска разработан перечень необходимых мероприятий, направленных на прогнозирование, донозологическую диагностику, лечение, первичную или вторичную профилактику, а также мониторинг эффективности проведенных мероприятий.

#### Тұжырым

### РАДИАЦИЯЛЫҚ ӘСЕРГЕ ТАП БОЛҒАН АДАМДАРДЫҢ ІШІНДЕ, ҚАН АЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫН БОЛЖАУ ТӘСІЛДЕРІ, ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУ, ЕМДЕУ ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКА

Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Бұл мақалада Шығыс Қазақстан облысындағы ұзақ уақыт, яғни ол қаруды қолдану нәтижесіндегі ұзақ уақыт радиациялық әсерге ұшырағандарға болжау, ерте диагностикалау, емдеу және қан айналым жүйесінің ауруларының алдын алу алгоритмі жасалған. Әрбір радиациялық қауіп топтарға қажет шаралардың тізімі жасалған. Олар болжауға, нозологияға дейінгі диагностикаға, емдеуге, біріншілік немесе екіншілік тип профилактикаға, сонымен қатар жасалған шаралардың эффективтілігін мониторингке бағытталған.

УДК 616.12-008.331.1

**А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабаетова, А.Е. Нуржанова, Н.А. Жұмырбаева, М.К. Адиева, Б.Қ. Құрманғажина, Н.С. Слямханова**

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті**

## АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯНЫҢ ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДА АНЫҚТАЛУ ЖИІЛІГІ

### Тұжырым

Артериалды гипертония адамдардың өмір сапасын төмендетеді, милық инсульт пен миокард инфарктінен өлімділікті жоғарылатады, уақытында артериалды гипертонияны анықтау оның асқынуларының алдын-алады. Қазіргі уақытта артериалды гипертонияның қауіп факторларын ерте анықтау бірінші кезектегі мәселе.

**Негізгі сөздер:** артериалды гипертония, ерте анықтау, алдын-алу.

Таралуы, асқынулардың ауырлығы, материалды және моралды зиян жағынан қарағанда қазіргі заманда медициналық-әлеуметтік мәселелердің ішінде артериалды гипертония негізгі болып саналады. Біздің елемізде бұл мәселе көптеген дамыған мемлекеттерге қарағанда бірнеше рет маңызды. Бұл мәселені шешуді кейінге қалдыру бірінші кезекте осы аурудың асқынуларынан: миокард инфаркті, милық инсульт, жүрек және бүйрек жетіспеушілігінен өлімділіктің қауіпін жоғарылатады. Ең маңыздысы артериалды гипертониясы бар науқастардың өмір сапасы төмендейді, олардың күнделікті еңбекпен айналысуына кедергі келтіреді. АҚШ-та жоғары қан қысымынан милық инсульт пен миокард инфарктінен өлімділік бойынша Ұлттық білім беру бағдарламасының 22 жылдық жұмысы нәтижесінде артериалды гипертониямен науқастар саны 17 пайызға төмендеді [7]. Емдеу және алдын алу шараларын дұрыс ұйымдастыру, арнайы кардиологиялық көмекті уақтылы көрсету, жоғары қауіп топтарын ерте анықтау, жалпы аурушандылық көрсеткіштерін, өлімділікті, жоғары қан қысымымен сипатталатын ауруларды және жүрек ауруларынан болатын мүгедектікті төмендету маңызды медициналық және әлеуметтік мәселелерді шешеді. Қазіргі уақытта қауіп факторлары мен жүрек-тамыр ауруларынан болатын өлімділікті төмендетуге мүмкіндік беретін көптеген зерттеу бағдарламалары

бар[1–3], жүрек-тамыр ауруларының алдын алудың ғылыми концепциясы жасалған[4–6]. Сонымен қатар амбулаторлы-емханалық мекемелерде емдеу алдын-алу көмегін ұйымдастыруда әлі де шешілмеген сұрақтар бар, оның ішінде артериалды қан қысымы жоғары науқастарға қатысты мәселелер маңызды. Қазіргі уақытта артериалды гипертонияны және қауіп факторларын ерте анықтау мәселесі бірінші кезекте тұр.

### Зерттеудің мақсаты

Зерттеу мақсаты — емхана жағдайында жоғары қан қысымының анықталу жиілігі.

### Материалдар мен тәсілдер

Зерттеуге аралас үлгідегі емханаға қаралуға келген 204 адам алынды. Барлық науқастың қан қысымы өлшенді. Олардың ұлты, жасы, гипертониялық аурумен ауыратыны немесе ауырмайтындығы, гипертониялық аурумен ауыратын науқастар ішінде дәріні тұрақты қабылдайтыны немесе қабылдамайтыны анықталды.

### Нәтижелер

Барлық қан қысымы өлшенген 204 адамның 69-ы (33,49%) ер адам және 134-і (65,04%) әйел адам. Ұлты бойынша қарағанда қазақтар 123 (59,71%), орыстар 72 (34,95%), басқа ұлт өкілдері 8 (3,88%) құрады.

Артериалды гипертониямен ауыратындар саны – 91 (44,17%), ауырмайтындар – 111 (53,88%) құрады.

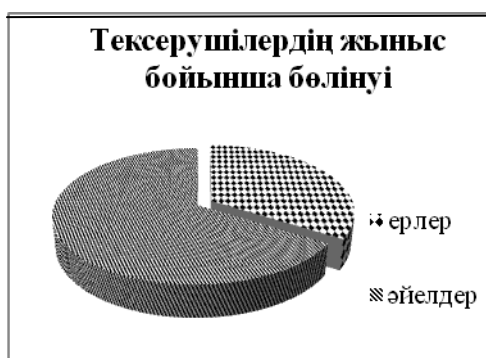


Рисунок 1.

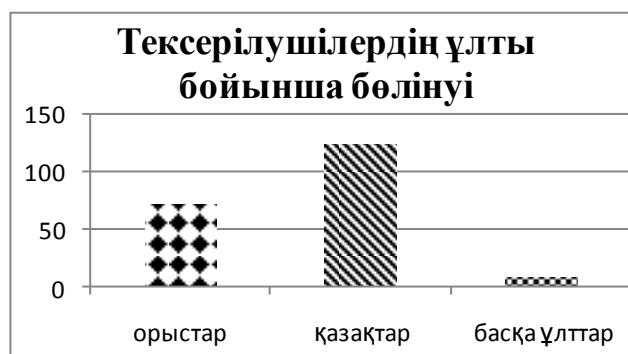


Рисунок 2.

Барлық тексерушілер арасында артериалды гипертониямен ауыратындар арасында систолалық қан қысымы  $145,05 \pm 23,14$ , диастолалық қан қысымы  $89,72 \pm 16,63$ ; артериалды гипертониямен ауырмайтындар арасында систолалық қан қысымы  $122,88 \pm 16$ , диастолалық қан қысымы  $78,73 \pm 12,8$  болды.

Ұлт бойынша алғанда орыстар арасында систолалық қан қысымы  $136,31 \pm 22,5$ , диастолалық қан қысымы  $84,79 \pm 15,2$ ; қазақтар арасында систолалық қан қысымы  $130,36 \pm 21,8$ , диастолалық қан қысымы  $82,3 \pm 15,1$  құрады.



Рисунок 2.

Алынған мәліметтер негізінде артериалды гипертониямен ауыратын 91 науқастың ішінде тек 60 науқас күнделікті дәрі қабылдайды. Осы нәтижелер гипертониямен ауыратын науқастар арасында осы аурудың асқынулары жөнінде түсіндіру жұмыстары жүргізілуі керек. Бұл мәселе жөнінде артериалды гипертония мектептерінің көмегі үлкен болады.

Статистикалық өңдеу АҚШ Stat Soft Inc. фирмасының STATISTICA қолданбалы бағдарламасымен жүргізілді.

**Қорытынды**

Алынған мәліметтер гипертониямен ауыратын науқастардың ішінде қаншасы өзінің ауыратыны туралы білетінін, қанша гипертониямен ауырған адамдар арасында тұрақты дәрі қабылдайтынын анықтауға мүмкіндік берді. Сонымен қатар аурудың алдын-алуға көп көңіл бөлінуі тиіс.

**Әдебиеттер:**

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Краткие Российские рекомендации. Разработаны группой экспертов секции атеросклероза ВНОК. - М., 2005. - 20с.

2. Оганов Р.Г. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний // Качество жизни. - Медицина. - 2003. - № 2. - С. 10-15.

3. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии Российские рекомендации, разработанные Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (второй пересмотр). - М., 2004. - 19 с.

4. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии // Артериальная гипертензия. - 2000. - Т. 6, № 2. - С. 83-96.

5. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Артериальная гипертензия и её вклад в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2001. — Т. 4, № 4. — С. 11-16.

6. Паскарь Н.А. Оптимизация диспансерного наблюдения больных артериальной гипертензией с использованием информационных технологий // Медлайн Экспресс. — 2006. — Т. 189, № 7. — С. 13-17.

7. Frohlich E.D. The JNC-V: a review of its recommendations. International Symposium "Hypertension in the Community", 5-th: Abstracts. Tel Aviv 1994; 1.

**Резюме**

**ВЫЯВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**А.С. Керимқұлова, А.М. Маркабаева, А.Е. Нуржанова, Н.А. Жұмырбаева, М.К. Адиева, Б.К. Құрманғажина, Н.С. Слямханова**

**Государственный медицинский университет города Семей**

Артериальная гипертензия влияет на качество жизни пациентов и повышает смертность от инсульта и инфаркта, поэтому раннее выявление гипертензии предотвращает появление таких осложнений. Очень важным является раннее выявление факторов риска возникновения артериальной гипертензии.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, ранняя диагностика, профилактика.

**Summary**

**DETECTION OF HYPERTENSION IN OUTPATIENT SETTINGS**

**A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, A.E. Nurzhanova, N.F. Zhumurbaeva, M.K. Adiyeva, B.K. Kurmangazhina, N.S. Slyamhanova**

**State Medical University of Semey**

Hypertension affects the quality of life of patients and increases mortality from stroke and heart attack, so early detection of hypertension prevents its complications. Currently, early detection of risk factors is very important.

**Key words:** arterial hypertension, early diagnosis, prophylaxis.

УДК 616.13-004.6-084

Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова, Г.Б. Батенова

Государственный медицинский университет г. Семей.

## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

### Аннотация

В статье представлен обзор современных немедикаментозных мероприятий, направленных на коррекцию дислипидемии как основного фактора риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца. Приведены подробные сведения о роли повышения физической нагрузки, изменения диетических привычек, отказа от курения и коррекции артериального давления в профилактике атеросклероза.

**Ключевые слова:** дислипидемия, атеросклероз, ИБС, факторы риска, немедикаментозная коррекция.

В последние десятилетия распространение ишемической болезни сердца (ИБС) в мире носит характер эпидемии [1]. В Республике Казахстан в 2010 году заболеваемость ишемической болезнью сердца составила 421,3 на 100 000 населения в сравнении с 317,7 в 2005 году и 291,8 на 100000 населения в 2000 году. Прирост показателя заболеваемости по ИБС за десять лет составил 41,7 % [2]. Нарушения липидного обмена являются одним из важнейших факторов риска (ФР) развития атеросклероза.

Сравнительно недавно основное значение в его развитии придавали гиперхолестеринемии, но затем в результате клинических и эпидемиологических научных исследований были представлены убедительные доказательства того, что любая гиперлипидемия может способствовать возникновению и дальнейшему развитию АС. Так, например, гипоальфахолестеринемия является независимым ФР развития коронарного АС, инфаркта миокарда или внезапной смерти. Гипертриглицеридемия в сочетании с низким уровнем холестерина (ХС) липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) – вид дислипидемии, который часто обнаруживается у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом (СД), – также играет важную роль в развитии атеросклероза не только коронарных, но и церебральных и периферических сосудов.

В настоящее время лечение дислипидемий направлено не только на достижение целевого уровня ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), что пока остается основной задачей, но и на нормализацию и оптимизацию других липидных параметров, в частности уровня ХС ЛПВП и триглицеридов (ТГ). Медикаментозное лечение дислипидемии является лишь частью комплексных мероприятий, которые должны быть направлены на коррекцию и других ФРССЗ: прекращение курения, контроль артериальной гипертонии (АГ), повышение физической активности, соблюдение диеты. К сожалению, этим видам профилактических и реабилитационных мероприятий практическими врачами зачастую уделяется недостаточно внимания, поскольку акцент чаще всего делается на медикаментозное лечение.

**Прекращение курения** – важнейшая мера в профилактике АС. У курильщиков имеет место низкий уровень ХСЛПВП и выражены нарушения функции эндотелия. Патогенез этих явлений хорошо известен. Рекомендации Американской ассоциации сердца и Американского колледжа кардиологии по вторичной профилактике содержат программу прекращения курения, основные положения которой сводятся к следующему:

- пациент с высоким риском ССЗ должен полностью прекратить активное курение и максимально избегать пассивного курения;

- врач должен совместно с пациентом разработать поэтапную программу прекращения курения и во время каждого последующего посещения контролировать ее выполнение;

- в сложных случаях рекомендуется прибегнуть к фармакотерапии, включая заменители никотина или бупропион.

Эти рекомендации основаны на результатах крупных популяционных исследований, результаты которых подтвердили эффективность этих простых приемов прекращения курения [3].

**Коррекция артериального давления (АД)** – другой необходимый компонент в профилактике АС. Цель, которую должен преследовать врач у больного с повышенным АД, – снижение его до уровня менее 140/90 мм рт. ст., а у больных СД и нарушенной функцией почек – менее 130/80 мм рт. ст. Больному рекомендуется контролировать массу тела, повысить физическую активность, ограничить потребление соли и соленых продуктов, чаще употреблять свежие овощи, фрукты и молочные продукты с низким содержанием жира. В ряде случаев перечисленных мер недостаточно, чтобы нормализовать АД. При необходимости прибегают к назначению антигипертензивных средств в соответствии с международными рекомендациями [4].

**Повышение физической активности.** В настоящее время требования к повышению физической активности для вторичной профилактики ССЗ заметно повысились. Оптимальным считается уровень физической активности, при котором пациент ежедневно 30–40 мин уделяет упражнениям аэробной направленности, выполняемым с умеренной интенсивностью (50–75% от максимальной частоты сердечных сокращений – ЧСС) для каждого возраста. Кроме того, рекомендуется стремиться к повышению обычной активности (уборка квартиры, работа в саду и др.). Оптимальным упражнением по-прежнему считается ходьба в достаточно быстром темпе. Однако у больных с повышенным риском, недавно имевшим острый коронарный синдром (ОКС), операцию на сердце или коронарных сосудах, страдающих сердечной недостаточностью, программу физической активности составляют индивидуально исходя из функциональных возможностей больного и результатов нагрузочной пробы.

Рекомендуют 2 раза в неделю включать в программу упражнения с сопротивлением, для чего выбирают 10–11 упражнений для разных мышечных групп и вес отягощения подбирается так, чтобы упражнение можно было выполнить не менее 15 раз. Силовые упражнения, выполняемые с умеренной нагрузкой, являются, кроме того, эффективным средством предупреждения осте-

опороза и атрофии мускулатуры и улучшают качество жизни больного [5].

**Изменение диетических привычек.** В первую очередь, пациентам строго рекомендуется ограничение потребления пищевого ХС (<200–300 мг/сут). Необходимо избегать продуктов с высоким содержанием жиров животного происхождения (молоко, сливки, сметана, жирные сорта мяса) и продуктов, содержащих трансненасыщенные жирные кислоты (маргарины, изготовленные методом гидрогенизации растительных ненасыщенных жиров). Рекомендуется по возможности чаще употреблять в пищу свежие овощи и фрукты, рыбу, нежирные сорта мяса и молочные продукты с низким содержанием жира. Сравнительно недавно было показано, что липидные компоненты масел растений и овощей, к которым относятся фитостеролы и фитостанолы, могут снижать концентрацию ХС в плазме за счет ингибирования всасывания животного ХС и ХС желчных кислот в тонком кишечнике. Сами же стеролы и станолы плохо абсорбируются в кишечнике. В клиническом исследовании было показано, что потребление маргарина, содержащего растительные станолы, больными с семейной гиперхолестеринемией (СГХС) приводило к снижению у них уровня ХС ЛПНП на 10–15% [6]. Гиполипидемический эффект станолов и стеролов проявляется при их потреблении в количестве не менее 1–2 г/сут. В обычной диете их содержание не превышает 200–400 мг/сут. Разработан обогащенный стеролами и станолами маргарин (бенекол), обеспечивающий поступление в организм достаточного количества фитостеролов и станолов, который был одобрен

Американской комиссией по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) для применения у больных с гиперхолестеринемией.

Однако возможности диеты в коррекции дислипидемии ограничены. Максимум, чего можно добиться при ее строгом соблюдении, это снижение уровня ХС ЛПНП на 8–10%, поэтому для достижения целевых уровней этого показателя у больных с ССЗ в большинстве случаев необходимо проводить фармакотерапию.

#### **Литература:**

1. Murray CJL, Lopez AD. Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1996; 274: 740–3.
2. Регионы Казахстана (статистические материалы). Агентство Республики Казахстан по статистике. – 2011.
3. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). *MediaMedica*, 2004.
4. Miettinen TA, Puska P, Gylling H et al. Reduction of serum cholesterol with sitostanol-ester margarin in a mildly hypercholesterolemic population // *N Engl J Med* 1995; 333: 1308–12.
5. Gotto AM. Contemporary Diagnosis and Management of Lipid Disorders Handbooks in Health Care Co., Newtown, Pennsylvania, 2004; 115–21.
6. Downs JR, Clearfield M, Weis S et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: Results of AFCAPS/TexCAPS. *JAMA* 1998; 279: 1615–22.

#### **Тұжырым**

### **АТЕРОСКЛЕРОЗДЫҢ МАҢЫЗДЫ ФАКТОРЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ АСҚЫНУЫНЫҢ МЕДИКАМЕНТОЗДЫ ЕМЕС КОРРЕКЦИЯСЫНЫҢ ДИСЛИПИДЕМИЯСЫ**

**Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова, Г.Б. Батенова**

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті**

*Медикаментозды емес коррекция дислипидемияның атеросклероз және оның асқынуларының алдын алуында қаншалықты маңызды мақалада заманауи медикаментозды емес шаралар көрсететін, олар атеросклероз бен жүректің ишемиялық ауруының, қауіп факторы дислипидемияға бағытталған. Физикалық күштеменің жоғарылауы, диета өзгерту; темекіден бас тарту, АҚ жоғарылауы, коррекция атеросклероз профилактикасында маңызды.*

#### **Summary**

### **NONMEDICAMENTOUS CORRECTION OF DYSLIPIDEMIA AS IMPORTANT FACTOR IN PREVENTION OF ATHEROSCLEROSIS AND ITS COMPLICATIONS**

**L.M. Pivina, A.S. Kerimkulova, G.B. Batenova**

**Semey State Medical University**

*This paper presents overview of current nonmedicamentous measures aimed at correcting dyslipidemia as a major risk factor for atherosclerosis and coronary heart disease. It is presented detailed information about the role of increasing physical activity, changes in dietary habits, smoking cessation and correction of blood pressure in the prevention of atherosclerosis.*

**УДК 616.127-08**

**Л.И. Павлова, К.С. Калиекова, Э.К. Ожмухаметова, М.И. Шерстобитова**

**Государственный медицинский университет города Семей**

### **РОЛЬ АДЕНОЗИНА В СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА**

#### **Аннотация**

*Аденозин - эндогенный пуриновый нуклеозид, моделирующий многие физиологические процессы, играет важную роль в биохимических процессах, таких как передача энергии (АТФ и АДФ) и сигналов (цАМФ).*

**Ключевые слова:** аденозин, миокард, рецепторы.

Аденозин - нуклеотид, состоящий из аденина, соединенного с рибозой (рибофуранозой) β-N9-

гликозидной связью. Входит в состав некоторых ферментов, АТФ и нуклеиновых кислот.

Аденозин играет важную роль в биохимических процессах, таких как передача энергии (АТФ и АДФ) и сигналов (цАМФ). Аденозин также является нейротрансмиттером ингибиторного типа. Полагают, что он играет роль в стимуляции сна и подавлении бодрости, поскольку его концентрация увеличивается во время бодрствования организма.

Аденозин - эндогенный пуриновый нуклеозид, моделирующий многие физиологические процессы. Передача клеточных сигналов происходит через 4 известных подтипа аденозиновых рецепторов (A1, A2A, A2B и A3), в которые входит 7 трансмембранных рецепторов, связанных с G-белком. Более подробная классификация внутри этих четырех подтипов основана на их способности стимулировать или ингибировать аденилатциклазную активность. Рецепторы A2A и A2B сопряжены с G<sub>si</sub> опосредуют активацию аденилатциклазы. Аденозиновые рецепторы типов A1 и A3 сопряжены с G<sub>ai</sub>, который подавляет аденилатциклазную активность. Кроме того, рецепторы типа A1 сопряжены с белком G<sub>ao</sub>, который, по имеющимся данным, опосредует ингибирование аденозином кальциевой проводимости. В то же время, рецепторы типов A2B и A3 сопряжены с G<sub>aq</sub> стимулируют фосфолипазную активность. Внеклеточная концентрация аденозина вблизи нормальных клеток составляет примерно 300нМ. Однако, в ответ на повреждение клетки, например, в воспаленных или ишемичных тканях концентрация аденозина быстро возрастает до 600-1200 нМ. Таким образом, в ответ на стресс или ранение аденозин проявляет в основном цитопротекторное действие, защищая ткани от повреждения в случаях гипоксии, ишемии или судорог.

Воздействие на сердце. При внутривенном введении аденозин вызывает временную блокаду сердца в атрио-вентрикулярном узле. Это воздействие передается через рецептор A1, ингибирующий аденилатциклазу и снижающий концентрацию цАМФ, вызывая таким образом гиперполяризацию клеток через усиление потока ионов K<sup>+</sup> извне. Это также вызывает эндотелиально-зависимую релаксацию гладкой мускулатуры, находящейся внутри стенок артерий. Следствием этого становится расширение «нормальных» сегментов артерий, в которых эндотелий не отделен от tunica media атеросклеротическими бляшками. Это свойство аденозина позволяет использовать его при диагностике блокады коронарных артерий, поскольку он увеличивает разницу между нормальными и аномальными сегментами артерий.

Аденозин используется для идентификации ритма у людей, предположительно страдающих суправентрикулярной тахикардией (СВТ). Некоторые виды СВТ могут быть успешно купированы аденозином. В них входят любые возвратные аритмии (например, AVRT и AVNRT). В некоторых случаях аденозином может быть купирована предсердная тахикардия.

Быстрые сердечные ритмы, локализованные в предсердиях или желудочках, не затрагивающие AV-узел, обычно не прекращаются после введения аденозина, однако он может вызвать временное снижение скорости ответа желудочков.

Из-за эффекта, который аденозин оказывает на AV-зависимые суправентрикулярные тахикардии, он считается противоаритмическим препаратом класса V.

Дозировка. Для диагностики и лечения СВТ начальная доза составляет 6 мг при быстром внутривенном введении. Из-за очень короткого периода полураспада внутривенная инъекция делается наиболее проксимально к сердцу, например в локтевую ямку. За внутривенным введением аденозина часто следует немедленное введение 5-10 мл изотонического раствора. При отсутствии эффекта дополнительная доза дополнительная доза (12мг) может быть введена через 1-2 минуты. Еще 12 мг может быть введено через 2 минуты при отсутствии эффекта. Некоторые врачи предпочитают вводить большую дозу (обычно 18мг), чем повторять введение того же самого количества препарата. Для расширения артерий обычно используется дозировка 0.14 мг/кг/мин в течении 4-6 мин.

Рекомендованная доза может быть увеличена в случае пациентов, принимающих теофиллин. Доза должна быть снижена в случае пациентов, принимающих дипиридамол или валиум, поскольку аденозин потенцирует действие этих препаратов. Доза снижается вдвое для пациентов с сердечной недостаточностью, инфарктом миокарда, шоком, гипоксией, печеночной или почечной недостаточностью, а также для пожилых пациентов.

#### Литература:

1. Елисеев В.В. Роль аденозина в регуляции сердечно-сосудистой системы (обзор) // Хим.фарм.журнал -1987, N 8 .- С. 910-917.
2. Аксенов Н.В., Соколова Е.Н. Роль аденозина в адаптации организма к гипоксии // Фармакологическая коррекция гипоксических состояний. - Москва, 1989.-С. 87-92.
3. Елисеев В.В., Полтавченко Г.М. Роль аденозина в регуляции физиологических функций организма. СПб: Наука, 1991 .- 120 с.
4. Кулинский В.И., Усов Л.А., Суфианова Г.З. Защитный эффект аденозина при полной ишемии головного мозга // Бюлл. эксперим.биологии и медицины .- 1993.- Т.СХV,N 1.-С.46-47.
5. Кулинский В.И., Усов Л.А., Суфианова Г.З., Лидак М.Ю., Юркевич А.М. Сравнительная характеристика и рецепторный механизм эффекта агонистов аденозиновых рецепторов при полной ишемии головного мозга // Эксперим. и клин. фармакол.-1993, Т.56, N6.-С.13-16.
6. Abbracchio M.P., Williams M., 2001. Purinergic and pyrimidineric signalling, Vol., Springer, Berlin; New York.

#### Тұжырым

### ЖҮРЕК МИОКАРДЫНЫҢ ЖИЫРЫЛУ ҚЫЗМЕТІНЕ АДЕНОЗИННІҢ ӘСЕРІ Л.И. Павлова, К.С. Калиекова, Э.К. Ожмухаметова, М.И. Шерстобитова Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Аденозиннің миокард ишемиясында кардиомиоциттердің оттегіге тапшылығында эндогенді тұрақтылықты жоғарлату мүмкіндігі бар.

#### Summary

### CONTRACTILITY OF HEART MUSCLE: ROLE OF ADENOSINE. L.I. Pavlova, K.S. Kaliyeva, E.K. Ozhammetova, M.I. Sherstobitova Semey State Medical University

Adenosine is able endogenic tolerance of cardiomyocytes to oxygen deficiency under conditions of ischemi heart disease.

УДК 616.12-008.1-616-056.25

А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабаетова, А.Е. Нуржанова, Н.А. Жумырбаева, М.К. Адиева, Б.Қ. Құрманғажина

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

**МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМ КЕЗІНДЕГІ ТАМАҚТАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ****Тұжырым**

Полиметаболикалық синдром патобиохимиялық және патофизиологиялық деңгейде тіркескен көптеген факторлардың жиынтығы, ол ЖИА мен атеросклерозбен байланысты басқа да аурулардың дамуына әкеледі. Сондықтан да, дәрігерлердің клиникалық тәжірибесінде бұл синдромды ерте анықтау өзекті. Оның үш маркері – абдоминалды семіздік, артериалды гипертензия, гиперлипидемия – көптеген жағдайларда тіндердің инсулинге резистенттігімен қатар жүреді. Метаболикалық синдромның ерте диагностикасы ЖИА даму қаупі жоғары адамдарды анықтау тиімділігін 4-5 рет арттырады және атеросклеротикалық аурулардың ерте алдын алуға көмектеседі.

**Негізгі сөздер:** метаболикалық синдром, ерте анықтау, тамақтану ерекшеліктері

Полиметаболикалық синдром патобиохимиялық және патофизиологиялық деңгейде тіркескен көптеген факторлардың жиынтығы, ол ЖИА мен атеросклерозбен байланысты басқа да аурулардың дамуына әкеледі. Сондықтан да, дәрігерлердің клиникалық тәжірибесінде бұл синдромды ерте анықтау өзекті. Оның үш маркері – абдоминалды семіздік, артериалды гипертензия, гиперлипидемия – көптеген жағдайларда тіндердің инсулинге резистенттігімен қатар жүреді. Метаболикалық синдромның ерте маркерлері болса инсулинге резистенттілік глюкозаға толеранттылықтың бұзылуымен көрінеді.

Эпидемиологиялық зерттеулерде - ортаға, тұқым қуалауға, патофизиологиялық және патобиохимиялық жағдайлардың атеросклерозбен байланысты жүрек-тамыр ауруларының дамуына әкелетіні анықталды.

ЖИА даму қаупі – шылым шегу, артериалды гипертензия, гиперхолестеринемия және басқа да гиперинсулинемия/гипергликемия, гипертриглицеридемия, холестерин деңгей (ХС) артық дене салмағына (семіздік) байланысты [13].

1988 ж. G. Reaven инсулинге тәзімділік және гиперинсулинемия инсулинге тәуелді қант диабетінің патогенезінде ғана емес сонымен қатар ЖИА дамуына үлес қосатынын айтқан [14].

Метаболикалық синдромның клиникалық ерекшеліктері генетикалық және орта (ем-дәм, шарап ішу, өмір сүру салты) факторларына тәуелді.

Метаболикалық синдромда негізгі патофизиологиялық бұзылыс инсулинге тәзімділіктің дамуы, яғни инсулиннің қалыпты мөлшерінде тіндердің глюкозаны сіңіруіне бағытталған инсулин әсерінің төмендеуі. Инсулин әсерінің пострецепторлы деңгейде бұзылуы бірқатар патофизиологиялық өзгерістер нәтижесінде метаболикалық синдромның дамуына әкеледі.

Инсулин әсеріне сезімталдықтың төмендеуі компенсаторлы гиперинсулинемияны, әрі қарай май қорындағы липолиздің күшеюіне және қан құрамында бос май қышқылдарының жоғарылауына, липопротеин – липаза белсенділігінің төмендеуіне әкеледі. Нәтижесінде бауырда үшглицеридтер синтезі күшейеді, қанда өте төмен тығыздықтағы липопротеидтер жоғарылайды, жоғары тығыздықтағы липопротеидтер азаяды. Шеткі тіндердің инсулинге тәзімділігі артуы әсіресе қаңқа бұлшықетінде глюкоза сіңірілуінің төмендеуіне әкеледі, ол алғашқыда глюкозаға

толеранттылықтың бұзылуымен, кейіннен қант диабетімен көрінеді.

Абдоминалды типтегі семіздікті метаболикалық синдромның бір компоненті ретінде атауға болады [1]. Шажырқай мен шарбыдағы май тіндерінің белсенді липолизі гиперүшглицеридемия, гипергликемия, гиперинсулинемияны дамытады [5].

Сонымен қатар инсулинне тәзімділік негізінен симпатикалық-адреналды жүйені белсендіру және бүйрек каналшаларында натрийдің кері сорылуы арқылы артериалды гипертензия дамуын туғызады [16].

Инсулинге тәзімділік кезінде атеросклероздың дамуы гемостаз жүйесіндегі бұзылыспен жүреді. Фибриноген мен VII факторы жоғарылауы мен фибринолитикалық белсенділік төмендеуімен (гипофибринолиз) көрінетін қан ұйығыштығының жоғарылауы (гиперкоагуляция) анықталды. Бұл бұзылыстар инсулинге тәзімділік синдромы мен ЖИА-ның клиникалық көрінісінің байланысын көрсетеді.

Барлық жинақталған мәліметтер метаболикалық синдромның атеросклерозбен байланысты жүрек-тамыр ауруларының дамуын жеделдетеді, сондықтан клиникалық тәжірибеде метаболикалық синдромды ерте анықтау сынақтарын дайындау және оның компоненттерін толықтай түзету маңызды [4].

**Метаболикалық синдромды анықтау тәсілдері**

Метаболикалық синдромды және оның жасырын түрлерін – артериалды гипертензия (АГ), абдоминалды семіздік, гиперлипидемияны ерте анықтау үшін оның негізгі компоненттерінің бірге кездесуін анықтау керек:

- Артық дене салмағы, АГ және жекеленген мөлшерлі гиперлипидемия;
- Артық дене салмағы, АГ және қосарланған дислипидемия;
- Инсулин тәуелсіз қант диабеті немесе глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы (ГТБ) және абдоминалды семіздік.

Осы міндетті үш факторлардың бірге кездесуі науқаста терең метаболикалық байланысқан атеротромботикалық бұзылыстың бар екенін көрсетеді.

Метаболикалық синдромның ерте маркерлерінің көрсеткіштері:

1. АГ (АҚҚ>140/90 мм сын.ст.) мен артық дене салмағы, мөлшерлі семіздік (дене салмағы индексі - ДСИ>25 кг/м<sup>2</sup> және <30 кг/м<sup>2</sup> бел өлшемі ерлерде>94 см және әйелдерде >80 см майдың абдоминалды жиналуын көрсетеді), немесе айқын семіздік (ДСИ >30

кг/м<sup>2</sup>) мөлшерлі жекеленген гиперлипидемиямен бірге (ХС > 5.0 ммоль/л немесе УГ > 2.0 ммоль/л).

2. Артық дене салмағы (ДСИ) > 25 кг/м<sup>2</sup>) АГ және қосарланған дислипидемия (ХС > 5.0 ммоль/л, УГ > 2.0 ммоль/л; ХС ЖТЛП > 1.0 ммоль/л).

3. Инсулин тәуелсіз қант диабеті немесе глюкозаға төзімділіктің бұзылуы абдоминалды семіздікпен бірге.

Метаболикалық синдромның ерте маркерлері анықталған кез-келген науқастарды АҚК мониторинг, қан сарысуын ХС, УГ, ХС ЖТЛП, ХС ТТЛП мөлшеріне, глюкозамен жүктемеге төзімділік сынамасы және бағдарлама көмегімен ЖИА даму қаупін бағалау керек. Метаболикалық синдромның компоненттерін дәрілік емес және дәріліктізету кезінде 2-3 факторға бір уақытта әсер еткен дұрыс.

Метаболикалық синдромды анықтаудағы басым топтар:

1. ЖИА көрінісі немесе басқа атеросклеротикалық аурулармен науқастар.

2. Метаболикалық синдромның ерте белгілерінің біреуі алдын ала тексеруде анықталған сау адамдар.

3. Ерте атеросклеротикалық (ерлерде – 55 дейін, әйелдерде – 65 дейін) белгілері бар науқастардың жақын туыстары.

4. Терапевт, кардиолог, эндокринологқа қаралуға келген барлық науқастар.

5. Қарсы көрсеткіштері жоқ.

Метаболикалық синдромды түзетудің дәрілік емес тәсілдеріне өмір салтын сауықтандыру: дене салмағы төмендету, физикалық белсенділікті арттыру, тамақтануды реттеу жатады. Метаболикалық синдромды толықтай түзету үшін медициналық тәжірибеде рұқсат етілген дәрілік заттарды қолданады.

Метаболикалық синдромды ерте анықтау-атеросклерозбен байланысты аурулардың алдын алу жолы. Метаболикалық синдром жеке нозологиялық бірлік ретінде қарастырылмайтындықтан оның құрамына кіретін факторлардың нақты санын анықтаудың маңызы жоқ.

Дәрігердің міндеті метаболикалық синдромның ерте маркерлеріне қарай басқа да компоненттерді анықтау үшін қосымша тексерулер тағайындау. Метаболикалық синдромның түзету шаралары оның бірнеше компоненттеріне бағытталуы керек. Мұндай метаболикалық түзету толық және жасырын формаларда жүргізілуі керек, нақтырақ:

- Метаболикалық синдромның 4 компоненті бірге кездескенде (ГТБ, дислипидемия, АГ және абдоминалды семіздік);

- АГ мен абдоминалды семіздік, дислипидемия глюкозаға толеранттылықтың анықтаусыз;

- АГ мен дислипидемия және семіздіксіз ГТБ.

**Метаболикалық синдромы бар науқастарда алдын алу ерекшеліктері**

Метаболикалық синдромы бар адамдарда ЖИА даму қаупі жоғары (>20%). Әр фактордың төмендей деңгейі емдік кірісу нәтижесінде болуы тиіс. Ең алғашқыда дәрілік емес түзету және салауатты өмір салтын ұстану маңызды.

**Метаболикалық синдром кезіндегі тамақтануды түзету**

Метаболикалық синдром кезіндегі тамақтану тәртібі гиполлипидемиялық ем-дәмге ұқсайды. Негізінен дене салмағын тамақ құнарлығын төмендетуге, тамақ құрамын реттеуге, науқастың физикалық белсенділігін

арттыру арқылы төмендетуге бағытталған. Бірақ метаболикалық синдромның негізгі шарасы майдың жалпы көлемін мүмкіндігінше азайту; рационның жалпы құнарлығының 30% майға тиісті, бірақ қаныққан малдың майын өсімдіктекті майға ауыстыру керек. Егер гиполлипидемиялық диетада 50-60% құнарлықты көмірсумен ауыстырады, бірақ метаболикалық синдромның диеталық түзетуінде көмірсулар үлесі 50%-ден артық болмау керек, әрі оның көпшілігі ішекте сіңірілмейтін клетчатка түрінде болуы тиіс.

Қарапайым қанттарды күрт шектеу, күніне ем-дәм ХС 300 мг еритін клетчатка мен дәнді-дақылдар, жемістерден тұрады. Ақуыздың үлесі - мөлшермен 20%, негізінен өсімдік текті ақуыздар, еттің майсыз сорттары.

ЖТЛП антиатерогенді қызметін шараптың аз мөлшерінде жоғарылататыны (күніне 20-30 г этанола ерлерге және күніне 10-20 г - әйелдерге) шешілген сұраққа жатады. Бірақ та науқастардың үйрену қаупі шарапты аз мөлшерде атеросклеротикалық аурулардың алдын алуға кең қолдануға мүмкіндік бермейді. Өсімдік текті биологиялық белсенді препараттардан пайдалы витаминдер-антиоксиданттар (әсіресе витамин Е - күніне 200-400 ХБ) және клетчатка препараттары. Ас тұзын қолдануды шектеу (күніне 3 г аз) және суды шектеу (1.5 л дейін) метаболикалық синдромның дәрілік емес түзетуі ретінде негізделген. Тамақтануды түзетумен қатар дене салмағын төмендету үшін арнайы физикалық жаттығулар тағайындалады.

**Метаболикалық синдромды дәрілік түзету**

Түзету мақсаттары – бақылауда ұстау:

- АҚК;
- ХС ЖТЛП, УГ және ХС ЖТЛП;
- Дене салмағын;
- Глюкоза деңгейін;
- Қанның ұйығыштығын және фибринолитикалық белсенділігін

Бүгінде тіндердің инсулинге сезімталдығын жақсартатын препарат ол - метформин. Оның бұл әсері дене салмағының төмендеуімен қатар жүреді. Сонымен қатар метформин артериалды гипертензия мен гиперлипидемияға қатысты бейтарап әсер көрсетеді. Дене салмағының 5-10% төмендеуі атеросклерозбен байланысты жүрек-тамыр ауруларының дамуындағы қауіп факторларын азайтады.

Сонымен қатар семіздік деңгейін реттейтін келесі дәрілік препараттар бар: термогенезді және энергия шығынын күшейтетін - бета-3-адренориметиктер (оларды "май ыдыратушысы"): фентермин, мазиндол және диэтилпропион. Олар артериалды қан қысымын және жүректің жиырылу жиілігін арттырады.

Көп жағдайда (80%-ға дейін) – метаболикалық синдромда гиперлипидемия гиперхолестеринемия мен гиперүшглицеридемиямен жүреді. Сондықтан қосарланған гиперлипидемияда гиперхолестеринемия айқын байқалады, статиндерге басымдылық беріледі (олар ХС мөлшерін 20-40% төмендетіп, УГ деңгейін 15-20% азайтады және ЖТЛП мөлшерін 10-15% арттырады). Айқын гиперүшглицеридемияда таңдаулы препараттар фибраттар (УГ мөлшерін 20-40% азайтады, ТТЛП - 15-20% төмендетеді және ЖТЛП 10-20% арттырады) [5].

Монотерапияда гипотензивті препараттардан альфа 1-адреноблокаторлар көмірсу және липид



алмасуына қолайлы жағдай жасайды. Олардың жанама әсері қарттарда ортостатикалық гипотензивті әсер. Ұзақ әсерлі Са антагонистері, ААФ ингибиторлары, ангиотензин рецепторларының ингибиторлары мен имидазолин рецепторларының агонистері метаболикалық бұзылыс кезінде бейтарап.

Қазіргі уақытта диуретиктер мен бета-блокаторлар жалпы өлімділік көрсеткіштері мен ЖИА асқынуларының жиілігін азайтатыны дәлелденген. Егер бета-блокаторлармен статиндерді бірге берсе, ол статиннің гиполлипидемиялық әсерін бұзбайды. Таңдаулы бета-блокаторлар мен ұзақ әсерлі сульфонамидті диуретиктер (индапамид) орта терапиялық мөлшерде теріс метаболикалық әсер туғызбайды.

Сонымен еш топ препараттары метаболикалық синдромның айқындылығын төмендете алмайды. Қосарланған ем – метаболикалық синдромды түзетудің ең тиімді жолы. Метаболикалық синдром анықталғанда гипотензивті және гиполлипидемиялық емді тағайындаған жөн. Метаболикалық синдромды гипотензивті (Са антагонистері және ААФ ингибиторлары) және гиполлипидемиялық (статиндер, фибраттар) дәрілермен емдеу атеросклерозбен байланысты жүрек-тамыр ауруларының даму қаупі азаяды.

ЖИА-ның патофизиологиялық және патобиохимиялық қауіп факторларын анықтау (АГ, гиперхолестеринемия, гипоальфахолестеринемия, қант диабеті) ЖИА жедел даму қаупін 10 жылға болжау қаупіне 5-8% қосады. Ерте бағытталған диагностика абдоминалды семіру, дислипидемия (жекеленген немесе комбинирленген), АГ, немесе осы факторлардың ГТБ-мен қосарлануы 10 жылда ЖИА қаупін 24-28% арттырады [12]. Осылайша, метаболикалық синдромның ерте диагностикасы ЖИА даму қаупі жоғары адамдарды анықтау тиімділігін 4-5 рет арттырады және атеросклеротикалық аурулардың ерте алдын алуға көмектеседі.

#### Әдебиеттер:

1. Мамедов М.Н., Перова Н.В., Метельская В.А., Оганов Р.Г. Связь абдоминального типа ожирения и синдрома инсулинорезистентности у больных артериальной гипертонией. Кардиология 1999;9:18-22.
2. Оганов Р.Г., Перова Н.В., Мамедов М.Н., Метельская В.А. Сочетание компонентов метаболического синдрома у лиц с артериальной гипертонией и их связь с дислипидемией. Терапевт. Архив 1998; 12:19-23.
3. Перова Н.В. Суммарный риск ИБС и показания к лечению гиперхолестеринемии (применение европейских рекомендаций 1994 г. к российским условиям). Кардиология 1996;3: 47-53.

4. Перова Н.В., Мамедов М.Н., Метельская В.А. Кластер факторов высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний: метаболический синдром. Междунар. Мед. Журнал 1999;2:21-4.

5. Перова Н.В. Гиполипидемическая терапия при метаболическом синдроме. Труды I-го Международного Научного Форума "Кардиология-99"; 1999:39-48.

6. Перова Н.В., Метельская В.А., Озерова И.Н. Кластеры факторов, определяющих высокий риск метаболического синдрома - подходы к его коррекции. Материалы I Всероссийск. Конф. по проблемам атеросклероза, посв. 100-летию А.Л. Мясникова. 1999;32.

7. Полякова Э., Иванова Т., Никулина С., Метельская В., Олферьев А., Щербак И., Ахмеджанов Н., Перова Н. Особенности изменения скорости синтеза холестерина в лимфоцитах и уровня липидов и липопротеидов в периферической крови у больных с гиперхолестеринемией при сочетанном лечении ловастатином и обзиданом. Бюлл. Эксп. Биол. и Мед. 1994;3:248-51.

8. Caro JF. Insulin resistance in obese and nonobese men. J Clin Endocrinol and Metab 1991;73:691-5.

9. Mamedov M.N., Perova N.V., Oganov R.G. Lipid abnormalities in Russian hypertensive patients: role in metabolic syndrome atherogenicity. In: Advances in Lipoprotein and Atherosclerosis Research, Diagnostics and Treatment. Proc. 9th Intern. Dresden Lipid Symp. 1997:186-91.

10. Metelskaya V., Serdyuk A., Mamedov M., Konstantinov V., Perova N., Oganov R. Insulin resistance markers for coronary heart disease high risk subjects selection. Там же, с. 192-195.

11. Olefsky J.M., Farquar J.W., Reaven G.M. Reappraisal of the role of insulin in hypertriglyceridemia. Am J Med, 1974;57:551-60.

12. Perova N., Mamedov M., Metelskaya V., Olfieriev A., Oganov R. Cardiovascular global risk in hypertensive Russian men with clustering of metabolic syndrome abnormalities. Abstr. 70th EAS Congress, Geneva (Switzerland), Sept. 6-9th, 1998; p. 47.

13. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the second joint task force of European and other Societies of coronary prevention. Eur Heart J 1998;19:1434-503.

14. Reaven G.M. Role of insulin resistance in human disease. Diabetes, 1988;37:1595-607.

15. Tobey T.A., Greanfield M., Kraemer F. et al. Relationship between insulin resistance, insulin secretion, very low density lipoprotein kinetics and plasma triglyceride levels in normotriglyceridemic men. Metabolism, 1981; 30: 165-171.

16. Vaccaro O, Riccardi G. Blood pressure, insulin and associated metabolic abnormalities in non diabetic individuals. Nutr Metab Cardiovasc Dis 1997; 7:76-80.

#### Резюме

#### ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

**А.С. Кермимқұлова, А.М. Маркабаева, А.Е. Нуржанова, Н.А. Жұмырбаева, М.К. Адиева, Б.К. Курмангажина**  
Государственный медицинский университет города Семей

Метаболический синдром представляет собой сочетание нескольких факторов на патобиохимическом и патофизиологическом уровне и приводит к развитию заболеваний, связанных с атеросклерозом. Поэтому выявление этого синдрома в клинической практике врача очень важно. Три маркера синдрома - абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гиперлипидемия - сопровождаются резистентностью тканей к инсулину. Ранняя диагностика метаболического синдрома повышает эффективность выявления лиц с высоким риском развития ишемической болезни сердца в 4-5 раз и способствует ранней профилактике атеросклероза.

**Ключевые слова:** метаболический синдром, ранняя диагностика, питание.

## Summary

## FEEDING OF THE METABOLIC SYNDROME

A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, A.E. Nurzhanova, N.F. Zhumurbaeva, M.K. Adiyeva, B.K. Kurmangazhina  
State Medical University of Semey

*Polimetabolic syndrome is a combination of several factors on pathobiochemical and pathophysiological level, leads to the development of diseases associated with atherosclerosis. Therefore, the identification of this syndrome in clinical practice doctor is very important. Three markers of the syndrome - abdominal obesity, hypertension, hyperlipidemia - is accompanied by insulin resistance of tissues. Early diagnosis of the metabolic syndrome increases the efficiency of identifying individuals at high risk for coronary heart disease by 4-5 times and helps to early prevention of atherosclerotic disease.*

**Key words:** polymetabolic syndrome, early diagnosis, feeding.

УДК 615.4-620.3

Б.Х. Мусабеева<sup>1</sup>, К.Б. Мурзагулова<sup>2</sup>, Л.К. Оразжанова<sup>3</sup>, А.Н. Сабитова<sup>4</sup>

Семипалатинский государственный университет им. Шакарима<sup>1,2,3</sup>  
Государственный медицинский университет г. Семей<sup>4</sup>

## НАНОЧАСТИЦЫ МЕТАЛЛОВ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ

## Анотация

*В данной статье представлены использование наночастиц металлов в медицине и фармации. Основное фармакологическое применение существующих в настоящее время наночастиц состоит в использовании их как носителей лекарств. Использование металлов позволяет создавать переносчики, обладающие рядом уникальных свойств. В последнее время начаты исследования по применению наночастиц микроэлементов в лечении и диагностике различных заболеваний.*

**Ключевые слова:** наночастицы металлов, наномедицина, наноматериалы, наноконпозиция, носители лекарств, нанопереносчики, нанотехнологическая диагностика, наноэмульсия, нанофитолекарства, нанотехнология, нанокристаллы.

Наночастицы известны немногим более 35 лет, но уже внесли важный вклад в развитие лекарственной терапии, позволили направленно изменять свойства лекарственных веществ, значительно повышая их эффективность. При размере частиц, измеряемых в нанометрах, физико-химические свойства материалов существенно изменяются, или даже приобретаются абсолютно новые уникальные качества (механические, электрические, температурные, магнитные, оптические и иные свойства). На основе новых свойств наночастиц создаются такие наноматериалы и наноконпозиции, которые способны коренным образом изменить диагностику и лечение заболеваний и таким образом открыть новую веху в развитии медицинских технологий, которую уже общепризнанно называют **наномедициной**. Основное фармакологическое применение существующих в настоящее время наночастиц состоит в использовании их как носителей лекарств. Именно наночастицы делают реальностью прицельную доставку лекарств к месту патологического процесса с возможностью их контролируемого высвобождения. При этом применение наночастиц, как носителей лекарств, может облегчить всасывание и прохождение их через биологические мембраны, защитить от метаболизма, улучшить профиль тканевого распределения и усилить проницаемость в клетку.

К нанопереносчикам можно отнести бактерии, вирусы, аденовирусы, липидные нанотрубки, наночастицы и наноэмульсии липидного происхождения, некоторые циклические пептиды, хитозаны, наночастицы из нуклеиновых кислот. Можно вводить нанофитолекарства в БАТ (биологически-активные точки). Эффективность лечения будет при этом самая высокая [1,2].

К неорганическим наночастицам, одному из важнейших классов нанопереносчиков, относятся соединения оксида кремния, а также различных металлов (золото, серебро, платина). Такие наночастицы имеют - кремниевое ядро и внешнюю оболочку, сформированную атомами металла [3].

Использование металлов позволяет создавать переносчики, обладающие рядом уникальных свойств. Так, их активность (и, в частности, высвобождение терапевтического агента) может быть модулирована термическим воздействием (инфракрасное излучение), а также изменением магнитного поля [4].

Быстрыми темпами развивается нанотехнологическая диагностика *in vitro*: здесь используется широкий арсенал возможностей нанотехнологий - от наночастиц с маркерами до биочипов. В области разработки биоматериалов внимание исследователей также приковано к наночастицам, в т.ч. нанокристаллам, которые должны поднять на новый уровень современную имплантологию, ортопедию, стоматологию [5].

Наночастицы золота широко применяются для диагностики и лечения онкологических заболеваний [6,7].

Возможность применения наночастиц разрабатывается для визуализации опухоли *in vivo*, биомолекулярного профилирования биомаркеров опухолевого роста и таргетной доставки препаратов [8]. Эти методики, основанные на нанотехнологии, могут широко применяться в онкологии.

Использование магнитных наночастиц на основе сложных оксидов железа в онкологии весьма перспективно. Наночастицы оксида железа благодаря своим магнитным свойствам могут стать инструментом как для

визуализации, так и для лечения этих новообразований [9].

Возрастающая резистентность бактерий к различным антибактериальным препаратам и антисептикам в последние годы заставляет исследователей и практиков снова обращать внимание на противомикробные свойства серебра. В работе [10] исследована антибактериальная мазь с наночастицами серебра. Первоначально изучалась и сравнивалась антибактериальная эффективность различных по концентрации коллоидных растворов наночастиц серебра (в т.ч. со стабилизатором — ПВП) на штаммах различных микроорганизмов, встречаемых в повседневной практике. Образцы изучались с использованием бактериологического метода. Показана антибактериальная эффективность и безопасность наночастиц серебра и в работе [11].

Нанотехнологии предлагают существенные улучшения терапии с помощью проектирования систем доставки лекарственных средств и открывают возможность управления инфекцией на молекулярном уровне. Наночастицы могут пересекать биологические барьеры и возможность целевой атаки микобактерий туберкулеза (МБТ). Различные наночастицы могут стать потенциальными системами доставки лекарственных средств для различных путей введения. Ориентация на препараты для определенных физиологических объектов, таких как лимфатические узлы, стала перспективной стратегией в лечении туберкулеза с улучшенной биодоступностью препарата и снижению частоты дозирования. Ведутся работы не только по лечению, но и по профилактике туберкулеза, а именно, по разработке вакцины на основе наночастиц, которые могли бы служить новой платформой для иммунизации [12].

Много испытаний было проведено на зараженных животных моделях [13]. Их результаты подтверждают идею о том, что наномедицина дает луч надежды на эффективное лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Контролируемое высвобождение лекарственного вещества из матрицы наночастиц, позволяет улучшить биодоступность препарата и достичь снижения дозировки. Развитие аэрозольных вакцин могло бы обеспечить большую перспективу в профилактике туберкулезной инфекции [14,15].

В работах российских авторов [16,17] представлены результаты токсикологического исследования наноконъюгата для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза на основе наночастиц серебра и изониазида. В исследовании установлено, что наночастицы серебра не меняют токсикологические характеристики изониазида. Полученные результаты определили параметры безопасного применения предлагаемого наноконъюгата в доклинических исследованиях и возможность его клинического изучения. Проведённое исследование обосновывает перспективу использования наночастиц серебра в лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза.

На модели резистентного туберкулеза у белых мышей изучена противотуберкулезная активность наноконъюгата на основе наночастиц серебра и изониазида. На основании индекса выживаемости, биометрических данных, бактериологических и патоморфологических показателей показана возможность преодоления резистентности возбудителя туберкулеза наноконъюгатами изониазида и наночастиц серебра.

В последнее время начаты исследования по применению наночастиц микроэлементов в лечении и диагностике различных заболеваний. В работе [18] изучена интенсивность свечения рекомбинантного штамма *Escherichiacoli* с клонированными luxCDABE-генами

природного люминесцирующего микроорганизма *Photobacterium leiognathi* при воздействии эквивалентных концентраций ионов, нано- и микрочастиц Cu и Fe. Показано, что уровень токсической (антибактериальной) активности убывает в ряду ионы > наночастицы > микрочастицы, а сам подобный эффект в наибольшей степени выражен у соединений меди по сравнению с соединениями железа. Полученные результаты рассматриваются в контексте перспектив использования наночастиц меди и железа как инновационных фармацевтических препаратов.

В работе [19] проведена количественная оценка биокинетики наночастиц оксида цинка в организме лабораторных животных (крыс) после однократного перорального введения с использованием технологии меченых атомов. Максимальное содержание по массе наночастиц в органах крыс наблюдается в интервал времени 24-72 ч после перорального введения. В точке максимума распределение содержания <sup>65</sup>Zn по массе в органах уменьшается в соответствии со следующей последовательностью: печень - почки - селезенка - поджелудочная железа - сердце - кровь - головной мозг. Регистрация в головном мозге лабораторных животных (крыс) около 0,06 % от введенной активности <sup>65</sup>Zn доказывает, что наночастицы (или продукты их модификации в организме) способны преодолеть гематоэнцефалический барьер.

Результаты исследований влияния наночастиц меди на минеральный состав тканей тела крыс организм показали, что при многократном введении наночастиц меди в биотических дозах критически не изменяются концентрации общего пула микроэлементов, токсических и эссенциальных элементов, а также содержание самой вводимой меди в тканях животных. Это свидетельствует о стабильности общего пула макро- и микроэлементов и об отсутствии нарушений со стороны системы гомеостатического регулирования уровня металлов в организме при введении наночастиц [20].

Исследовали влияние наночастиц меди на структурно-функциональное состояние органов иммунной системы (тимус и селезенка) и интенсивность свободнорадикальных процессов в селезенке крыс с саркомой. Показана связь морфологических и биохимических изменений с эффективностью противоопухолевого воздействия наночастиц меди [21].

Таким образом, проводимые в мире исследования по применению наночастиц металлов указывают на перспективность данного направления в как в фармации, так и в диагностике и терапии различных заболеваний.

#### Литература:

1. Maulik Acharya, Mandev Patel, Jignyasha Raval. Nanoparticulate drug delivery system using drug polymer aptamer conjugation // American Journal of Pharmatech Research, volume 1, Issue 4, 2011.1
2. R. Sunitha, D. Harika, A. Phanikumar, K. SuriaPrabha, P.Muthu Prasanna. A review: nanoparticles as specified carriers in targeted brain drug delivery system // American Journal of Pharmatech Research, volume 1, Issue 2, 2011.
3. Звиденный Д. Нанотехнологии в области косметологии: трансдермальная доставка косметических препаратов с использованием наночастиц // Эстетическая медицина. 2011. - №1. - С.137-139.
4. Зиганшин А.У., Зиганшина Л.Е. Наночастицы: фармакологические надежды и токсикологические проблемы // Казанский медицинский журнал. 2008. - №1. - С.1-7.

5. Пальцев М.А. Нанотехнологии в клинической медицине и фармации // Новые медицинские технологии. 2009.-№4. - С.4-9.
6. Бычковский П.М., Кладиев А.А., Соломеев С.О., Щеголев С.Ю. Золотые наночастицы: синтез, свойства, биомедицинское применение // Российский биотерапевтический журнал. 2011.- №3. - С. 37-46.
7. Снопина Л.Б., Рожа К.Ш., Загайнова Е.В. и др. Лазерная гипертермия опухолей с нанотермо-сенсбилизаторами // Медицинский альманах. 2010.- №1. - С. 6-11.
8. Семглазов В.Ф., Палтуев Р.М., Ремизов А.С. и др. Значение нанотехнологий в создании новых противоопухолевых препаратов // Издание: Вопросы онкологии. 2011.-N 5.-с.636-640.
9. Шимановский Н.Л., Григорьева Е.Ю., Кулаков В.Н., Липенгольц А.А. Наноразмерные частицы оксида железа для диагностики и гипертермической терапии в онкологии // Российский биотерапевтический журнал. 2011.-№2.-с.25-32.
10. Малафеева Э.В., Хохлов А.А., Хохлов А.П. и др. Антимикробная и токсикологическая характеристика антибактериальной мази с наночастицами серебра// Ремедиум. 2011.-N 4.-с.96-97.
11. Savithamma N., Linga Rao M., Rukmini K. and Suvarnalatha P. Antimicrobial activity of silver Nanoparticles synthesized by using Medicinal Plants" // International Journal of ChemTech Research, vol.3, No 3, 2011, P. 1394-1402.
12. Shegokar Ranjita, Al Shaal Loaye, Mitri Khalil "Present Status of Nanoparticle Research for Treatment of tuberculosis" // Journal Pharm Pharmaceuttial Science, 14 (1), 2011, P. 100-116.
13. Ahmad Z., Maqbool M., Raja A.F. "Nanomedicine for tuberculosis: Insights from animal models"//International Journal of Nano Dimension, Issue 2(1)> 2011. P. 67-84.
14. Prasad Mathuria J. "Nanoparticles in tuberculosis diagnosis, treatment and prevention: A hope and Future", Digest Journal of Nanomaterials and Biostructures, Vol.4, No 2, 2009, P 309-312.
15. Boogaard J, Kibiki G.S., Kisanga E.R., Boeree V.J., Aarnoutse R.E. "Minireview. New drugs against tuberculosis: problems, progress, and evaluation of agents in Clinical development" // Antimicrobial Agents and Chemotherapy, March, 2009, p 849-862.
16. Кибрик Б.С., Павлов А.В., Захаров А.В., Ганбургский А.Н., Михайлов В.П.Токсикологическая оценка нанокompозита для лечения лекарственно-устойчивого туберкулёза // Токсикологический вестник.2012.-N 3.-с.28-33.
17. Павлов А.В., Захаров А.В., Кибрик Б.С., Крейцберг Г.Н. Экспериментальное обоснование преодоления резистентности возбудителя туберкулёза нанокompозитомизониазида и наночастиц серебра // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2011.-N 4.-с.24-26.
18. Дерябин Д.Г., Ефремова Л.В., Алешина Е.С., Дерябина Т.Д.Биологическая активность ионов, нано - и микрочастиц Си и Fe в тесте ингибирования бактериальной биолюминесценции // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. 2011.-№6.-с.31-36.
19. Калистратова В.С., Нисимов П.Г., Соловьев В.Ю. Экспериментальное исследование биокинетики наночастиц оксида цинка у крыс после однократного перорального введения с использованием технологии меченых атомов // Медицинская радиология и радиационная безопасность 2011.-№2.-с.5-10.
20. Сизова Е.А., Мирошников С.А., Лебедев С.В., Скальный А.В., Глуценко Н.Н.Влияние парэнтерального введения наноразмерных частиц меди на элементный статус тканей крыс // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. 2012.-№6.-с.51-55.
21. Шалашная Е.В., Горошинская И.А., Качесова П.С. Структурно-функциональные и биохимические изменения в органах иммунной системы при противоопухолевом действии наночастиц меди в эксперименте // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2011. - №11. - с.552-556.

#### Тұжырым

**Металдардың нанобөлшектері фармацевтикада және медицинада  
Б.Х. Мусабеева, К.Б. Мурзагулова, Л.К. Оразжанова, А.Н. Сабитова  
Шәкәрім атындағы Семей мемлекеттік университеті,  
Семей қ. мемлекеттік медицина университеті**

Осы мақалада металдар нанобөлшектерінің медицинада және фармацевтикада қалай қолданылатыны айтылған. Қазіргі уақытта нанобөлшектер фармакология саласында дәрілердің тасымалдаушылары ретінде қолданылады. Металдарды қолдану көптеген ерекше қасиеттері бар тасымалдаушыларды жасауға ықпал етеді. Соңғы уақытта микроэлементтердің нанобөлшектерін әртүрлі ауруларды емдеу және диагностикалауда қолдану бойынша зерттеулер басталды.

**Негізгі сөздер:** металдардың нанобөлшектері, наномедицина, наноматериалдар, нанокompозиция, дәрілерді тасымалдаушылар, нанотасымалдаушылар, нанотехнологиялық диагностика, наноземульсия, нанофитодәрілер, нанотехнология, нанокристалдар.

#### Summary

**NANO-PARTICLES OF METALS IN MEDICINE AND PHARMACY  
B.H. Musabaeva, K.B. Murzagulova, L.K. Oraszhanova, A.N. Sabitova  
Semey State University,  
Semey State Medicine University**

In this article is given the using of nano-particles of metals in medicine and pharmacy. Nowadays, the basic pharmacology application of nano-particles is using them like carries of medicine. Using of metals allow to create carries which possess some unique properties. Researchers have started work by using of the nano-particles of microelements in treatment and diagnosis of various diseases recently.

**Keywords:** nano-particles of metals, nano-medicine, nano-materials, nano-composition, carries of medicine, nano-transfer, nano-technology diagnostics, nano-emulsion, nano-herbal medicines, nano-technology, nano-crystals.

УДК 616.34-007.211-053.31-08

**Е.О. Масалимов, М.К. Сыздыкбаев, М.Т. Аубакиров, Р.Ш. Саланбаев, Б.А. Исаханова, А.Д. Жаркимбаева, А.Д. Мукашева, С.Д. Мейрамгазы, Ж.К. Канапиянов**

**Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей**

## К ВОПРОСАМ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

### Аннотация

Мы проанализировали медицинские записи о новорожденных с атрезией пищевода, пролеченных в детской хирургии МЦ Семипалатинского государственного медицинского университета с 2009 по 2012 год. Там было 7 пациентов. Все пациенты скончались в больнице. Анализ результатов атрезия пищевода показал, что отсутствие современных чрезвычайных мер - интубации с искусственной вентиляцией легких, специальной бронхоскопии в ближайшие несколько часов, и в этой связи, полное удаление масс трахеобронхиального дерева, как в больницах и в предоперационном периоде были существенными недостатками.

**Ключевые слова:** атрезия пищевода, летальность, гангрена легких, острый респираторный дистресс синдром (ОРДС), полиорганная недостаточность.

**Актуальность.** Атрезия пищевода относится к угрожающим жизни порокам развития, частота которого составляет от 1 на 2440 до 4500 новорожденных [1, 3, 4]. Аспирация, возникающая при атрезии пищевода, может вести к синдрому острого повреждения легких являющегося закономерным проявлением критических состояний различного генеза и одним из основных компонентов синдрома полиорганной недостаточности. 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.

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 [5]. Поэтому 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.

**Цель исследования:** Выявить причины смертности новорожденных с атрезией пищевода и ошибки на разных этапах лечения и рекомендовать лечебно-профилактические мероприятия по усовершенствованию организации лечения.

**Материалы и методы.** Нами анализировались истории болезни новорожденных, с врожденной атрезией пищевода, поступивших в отделение детской хирургии МЦ ГМУ г. Семей за период с 2009 по 2012 г., всего их было семеро. Пациенты были доставлены из родильных домов г.Семей близлежащих районов от 2 час.10 мин. до 24 часов с момента рождения.

Таблица 1.

### Параметры новорожденных при поступлении

Новорожденные	Вес	Баллы по шкале Апгар
1-ый	2600	7-8
2-ой	2360	7-8
3-ий	3800	7-8
4-ый	1400	6-7
5-ый	3000	6
6-ой	3100	8-9
7-ой	1620	6

Из 7 новорожденных 3 было недоношенных (табл. 1). У большинства по шкале Апгар было на уровне 7 баллов, либо ниже, лишь у одного 8-9 баллов. У всех новорожденных отмечались цианоз, одышка, пенистые выделения изо рта, положительная проба Элефанта. В легких выслушивались разнокалиберные хрипы. Диагноз атрезии пищевода документально подтверждался рентгеноконтрастным исследованием, при поступлении, в первые 20 минут. У 3 новорожденных атрезия пищевода сочеталась с другими врожденными пороками развития (табл. 2).

Таблица 2.

### Сопутствующая врожденная патология.

Новорожденные с атрезией пищевода (n=7)	
Врожденные пороки развития других органов	3 в том числе +***
Атрезия прямой кишки	2*
Гипоплазия внутренних органов	3*
Агенезия левой почки	1*
Агекнезия обеих почек	1*
Врожденный порок сердца	1*

Шестерым новорожденным после предоперационной подготовки проводилось оперативное вмешательство - эзофагоанастомоз по Баирову в течении 1-х суток с момента поступления. Одному пациенту операция не была выполнена по тяжести состояния (была глубокая недоношенность с сопутствующими пороками развития несовместимыми с жизнью).

С целью предоперационной подготовки проводилась физическая (лучистое тепло у двоих пациентов, пять пациентов находились в кювезе при температуре 34°C, всем создавалось возвышенное положение головы более 30°. В связи с наличием дыхательной недостаточности 5 пациентам проводилась оксигенотерапия увлажненным кислородом через канюли в режиме са-



мостоятельного дыхания при постоянно положительном давлении СДППД) им же, проводилась санация верхних дыхательных путей, ротоглотки, электрическим отсосом. При этом по данным карты наблюдения интенсивной терапии, манипуляция осуществлялась не регулярно. У двоих пациентов санация проводилась через интубационную трубку. Медикаментозная терапия включала антибиотики, проводилась гемостатическая терапия, переливание низкомолекулярных декстранов и 10% раствора глюкозы. Из выписок историй родов установлено, что, в родильных домах, интубация трахеи и санация трахеобронхиального дерева не производилась.

**Результаты и обсуждение.** Все семь пациентов умерли в стационаре, шесть из них подверглись патолого-анатомическому вскрытию. Средняя продолжительность пребывания в отделении составила 3,5 койко-дней. Двое пациентов были доставлены из районных больниц через 24 час.10 мин и 23 часа, они прожили 6 и 13 суток соответственно. При этом анализ МКСБ показал, что эти пациенты были интубированы через два с половиной часа с момента госпитализации, для проведения оперативного лечения по поводу атрезии прямой кишки и перманентно, по поводу атрезии пищевода.

После окончания операции оба экстубированы. Весь период интубации санация трахеобронхиального дерева проводилась через интубационную трубку.

Анализ материала патолого-анатомических вскрытий показал, что в макропрепаратах легких имелось понижение воздушности, за счет наличия в просвете альвеол элементов околоплодных вод (чешуйки, лануго, меконий), ателектазов и полнокровия. На разрезе при надавливании с поверхности разреза выделяются серого цвета аспирационные массы.

При гистологическом исследовании легких, новорожденных умерших при атрезии пищевода отмечается: рисунок 1 - в просвете альвеол в большом количестве элементы взвеси околоплодных вод (чешуйки) - указано стрелкой, признак первой стадии аспирационной пневмонии.

На рисунке 2- в просвете альвеол эпителиальные клетки и крупные альвеолярные макрофаги, выделено стрелкой, характерно для второй стадии аспирационной пневмонии. На рисунке 3- отмечается утолщение межальвеолярных перегородок за счет инфильтрации лимфоцитами, единичными лейкоцитами (указано стрелкой) проявления третьей стадии аспирационной пневмонии.

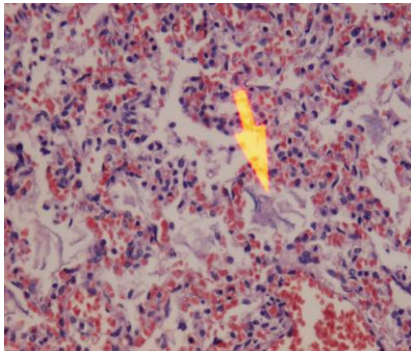


Рисунок 1

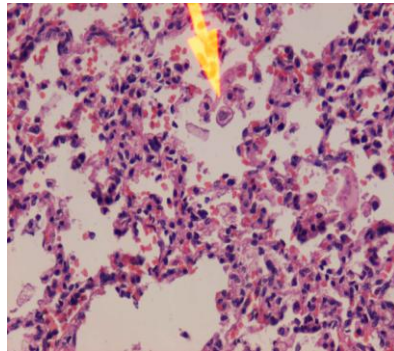


Рисунок 2

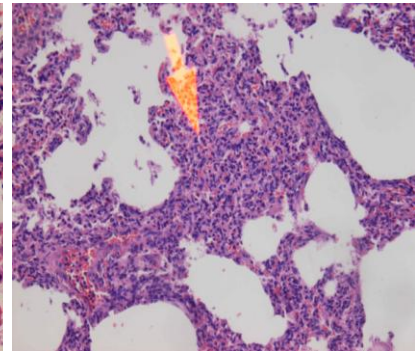


Рисунок 3.

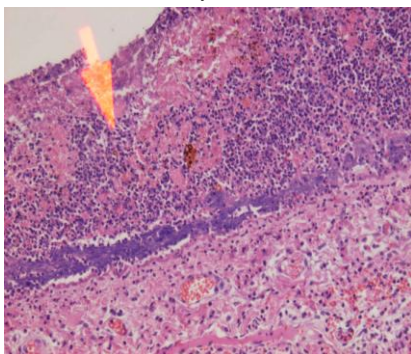


Рисунок 4

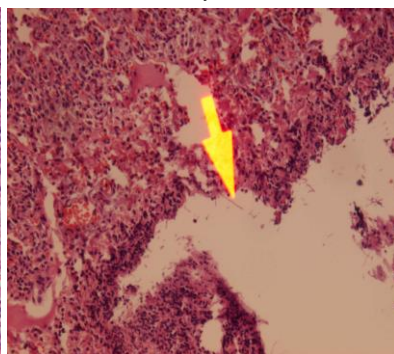


Рисунок 5 а).

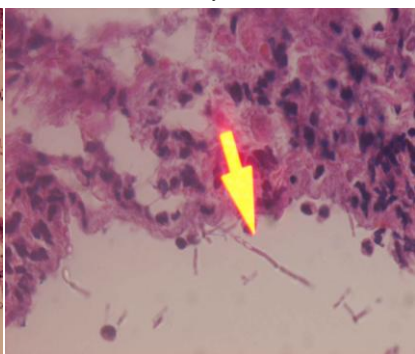


Рисунок 5 б).

На гистограммах легких рисунок 4 - плевро с обильной лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией и фибрином, а на рисунках 5 а), б) - плевро с выраженной лимфолейкоцитарной инфильтрацией и элементами мицелия гриба *Candida* (осложнения пневмонии). По другим органам отмечены признаки полнокровия с гидрорической дистрофией, обусловленной гипоксией.

Таким образом, становится в определенной степени, очевидной безуспешность лечебных, хирургических и реанимационных мероприятий.

По нашему мнению отсутствие неотложных своевременных мер по проведению интубации с подключением ИВЛ, санационной фибро-бронхоскопии в ближайшие полчаса, и в связи с этим, полноценного удале-

ния аспирационных масс из трахеобронхиального дерева, как в родильных домах, так и в период предоперационной подготовки, является основным недостатком. Вместе с этим, проводимая оксигенация посредством самостоятельного дыхания, при постоянном положительном давлении (СДППД), с санацией только ротоглотки, является малоэффективной мерой. Так, по клиническим данным, впоследствии развилась аспирационная деструктивная пневмония, с последующей ПОН (полиорганной недостаточностью), что хорошо видно из описания макро - микроскопических препаратов легких и других органов.

При не своевременном и не полном удалении аспирационных масс из трахеобронхиального дерева, СДПП

способствует тому, что они (аспирационные массы) уходят далее в мелкие бронхи и альвеолы, вызывая необратимые деструктивные изменения. В тех случаях, когда санация проводилась через интубационную трубку, лечение было более эффективным. Однако, по нашему мнению, время было упущено, так как уже была аспирационная пневмония. В то же время можно думать, что экстубация сразу после операции, сыграла определенную роль в фатальном исходе у этих пациентов, так как можно было бы продолжить более эффективную санацию трахеобронхиального дерева и в послеоперационном периоде.

У всех больных отмечалось грозное осложнение – ПОН, проявляющаяся в виде острого респираторного дистресс-синдрома, диссеминированной внутрисосудистой коагулопатией, острой почечной недостаточностью, отеком головного мозга. Проводимые лечебно-реанимационные мероприятия не дали желаемого результата.

Исходя из выше сказанного, шанс спасти новорожденных в создавшихся условиях возможен. С этой целью необходимо применение в организации оказания помощи этому контингенту пациентов ряда эффективных действий. Во-первых, для решения вопроса выживания пациентов с атрезией пищевода необходимо ускоренное выведение аспирационного содержимого в ближайшие 30 минут с момента выявления аспирации и постоянной санации трахеобронхиального дерева через каждые 15 минут, путем интубации трахеи и санационной бронхоскопии.

Во-вторых, необходимо произвести полноценную регионализацию, которая выражается в организации всех родильных отделений региона вокруг одного учреждения третьего уровня (перинатального центра), где сосредоточены родильное отделение и служба интенсивной терапии для новорожденных данная методика впервые была осуществлена в США начиная с 1976 году и позволила снизить летальность у практически до 6,8% [2].

В-третьих, необходимо внедрение критериев оценки тяжести системного воспалительного ответа у новорожденных атрезией пищевода. Применяя диагностическую таблицу и усовершенствование алгоритмов и способов интенсивной терапии с оперативной коррекцией порока, что позволило бы снизить летальность при атрезии

пищевода. Внедрение в работу отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных общепринятой шкалы позволит стандартизировать не только подходы к больным, но и подходы к научным исследованиям, которые позволят решать вопросы преемственности во всех лечебно-профилактических учреждениях.

В-четвертых, оказание хирургической неонатологической помощи необходимо осуществлять выездной бригадой в условиях перинатального центра.

#### Выводы

1. Основными причинами летальности новорожденных с атрезией пищевода являются несвоевременная санация трахеобронхиального дерева аспирационными массами, приводящими к респираторному дистресс-синдрому, обуславливающему полиорганную недостаточность.

2. Принятая в МЦ ГМУ г.Семей тактика интенсивной терапии с целью оксигинации у новорожденных с диагнозом атрезия пищевода, без интубации трахеи, при предоперационной подготовке и ведении после операции требует тщательного пересмотра.

3. Организация службы хирургической неонатологии в целом по Семейскому региону требует пересмотра для новорожденных пациентов с врожденными пороками развития.

#### Литература:

1. Баиров Г.А. Основные пути развития хирургии новорожденных / Г.А. Баиров, Ю.Л. Дорошевский, В.Г. Баиров // Советская педиатрия. 1988, № 5. - С. 5-18.

2. Завьялов А.Е. Коррекция синдрома системного воспалительного ответа на этапах хирургического лечения новорожденных с атрезией пищевода Автореф. дисс. докт. – Новосибирск. – 2006. – 38с.

3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Васильев Г.С. Реконструктивная и восстановительная хирургия пищевода. Иркутск. 1985. - С. 90-95.

4. 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.

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

#### Тўжырым

#### ӨҢЕШ АТРЕЗИЯСЫ БАР ЖАНА ТУҒАН БАЛАЛРДЫ ЕМДЕУДІ ЖҮРГІЗУ СУРАҚТАРЫ Е.О. Масалимов, М.К. Сыздыкбаев, М.Т. Аубакиров, Р.Ш. Саланбаев, Б.А. Исаханова, А.Д. Жаркимбаева, А.Д. Мукашева, С.Д. Меірамгазы, Ж.К. Канапианов

Семей қаласы мемлекеттік медицина университетінің Медицина орталығындағы балалар хирургиясы бөліміне 2009 жылдан 2012 жылдар аралығында мен түскен нәрестелердің ауру тарихына сараптама жүргізілді. Барлығы 7 науқас. Барлық науқастар ауруханада қайтыс болып кетті. Өңеш атрезиясымен нәрестелерді емдеу нәтижесін сараптай отырып мынадай түйін жасалды: тек перзентханаларда ғана емес, сонымен қатар операция алдындағы дайындық ретінде қазіргі заманауи әдістерді уақытында қолданбау, соның ішінде өкпелінік жолдарына интубация жүргізу бойынша шұғыл шаралар, оған жасанды өкпе вентиляциясын қосу, алғашқы сағаттарда тазалау бронхоскопиясын жүргізе отырып, көңірдек-бронх жолдарын аспирациялық заттардан толық босату, негізгі қателік деп есептейміз.

#### Summary

#### TO THE ORGANIZATION OF TREATMENT OF NEWBORNS WITH ESOPHAGEAL ATRESIA E.O. Massalimov, M.K. Syzdykbayev, M.T. Aubakirov, R.Ch. Salambayev, B.A. Isakhanova, A.D. Zharkimbayeva, A.D. Mukasheva, S.D. Meiramgazy, Zh.K. Kanapiyanov

We analyzed the medical records of newborns with esophageal atresia, admitted to the pediatric surgery MC Semei State Medical University from 2009 to 2012. There have been 7. All of the patients died in the hospital. Analysis of outcomes of esophageal atresia showed that lack of modern emergency measures to intubation with mechanical ventilation connection, special bronchoscopy in the next few hours, and in this regard, the full removal of the aspiration of the masses of the tracheo-bronchial tree, as in hospitals and in the preoperative period was a major drawback.

УДК 61:303.625.3

<sup>1</sup> А.О. Мысаев, <sup>2</sup> Т.А. Булегенов, <sup>3</sup> Е.Е. Шершнев, <sup>3</sup> Н.В. Изотова, <sup>4</sup> Р.В. Лагно

Государственный медицинский университет города Семей,  
<sup>1</sup>Кафедра хирургии и травматологии, <sup>2</sup>Кафедра интернатуры по хирургии,  
<sup>3</sup>врач интерн, <sup>4</sup>студент ОМФ.

## ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ВОДИТЕЛЕЙ В РАМКАХ БЕЗОПАСНОГО ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ

### Аннотация

В статье представлена анкета для определения медико-социального статуса водителей в рамках безопасного дорожного движения. Анкета апробирована и полностью готова к работе.

**Ключевые слова:** водители, первая медицинская помощь, безопасность дорожного движения, анкета.

Несчастные случаи на дорогах стали эпидемией современного человека. Огромное количество тяжело пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) погибают, не дождавшись прибытия медицинских работников, по причинам не зависящих от врачей (трассы с большой протяженностью, отдаленность медицинских учреждений и др.). Поэтому первую медицинскую помощь пострадавшим в ДТП еще до приезда бригады «скорой помощи» могут оказать водители транспортных средств. Являясь участниками или свидетелями ДТП, проезжая мимо, они являются самыми первыми, кто может устранить угрожающие жизни пострадавшим (затрудненное дыхание, кровотечения и др.) факторы. Для них актуальным является владение знаниями и навыкам само- и взаимопомощи.

Оценить медико-социальный статус водителей в рамках безопасного дорожного движения, в том числе уровень знаний по оказанию первой медицинской помощи, возможно при помощи анкеты. В доступных литературных источниках мы не нашли подобной анкеты. Анкета ГИБДД Республики Хакасия [1] используется для определения мнения водителей по вопросам безопасности дорожного движения. Однако из 32 вопросов только 4 определяют социальный портрет водителя и 2 о возможности оказания первой помощи. Шубкин М.В. с соавт. [2] в своей статье приводит данные о проведенном социологическом опросе водителей автотранспортных средств г.Красноярска (Россия) по разработанной ими анкете, которая включала 30 вопросов общего и специализированного характера. Ганжурова Б.Ц. [3] в своей диссертационной работе также проводила анкетирование выпускников автошкол г. Москвы на предмет знаний о первой помощи. Анкета включала в себя 5 общих вопросов и 10 специальных по первой помощи. Недостатком последней анкеты явилось отсутствие вопросов о социальном портрете водителя, об автомобильной аптечке и др. Таким образом, каждая из приведенных анкет для водителей имеет свои недостатки, что не позволяет провести глубокий анализ медико-социального статуса в рамках безопасного дорожного движения.

Нами была разработана анкета из 24 вопросов с ответами, которая лишена подобных недостатков и позволяет при помощи одной анкеты узнать мнение водителей о дорожной безопасности, в том числе определить уровень их знаний о первой помощи.

Порядок блоков вопросов следующий:

1. социальный портрет водителя – вопросы 1- 5,
2. причины ДТП (мнение водителей) – вопрос 6,
3. общие вопросы о первой помощи – вопрос 7-8, 13-16,

4. автомобильная аптечка – вопросы 9-11,
5. субъективное мнение водителей о первой помощи – вопрос 12,
6. вопросы об улучшении знаний о первой помощи – вопрос 13-16,

7. специальные вопросы о первой помощи – 17-24. Прототипом вопросов для оценки уровня знаний первой помощи водителями послужили вопросы тестового экзамена при получении водительского удостоверения. Время заполнения анкеты в среднем составляет 10-15 мин. Проверка анкеты на валидность и внутреннюю надежность была проверена на 20 водителях. Недостатки были устранены. Кроме того, анкета прошла экспертизу Локального этического комитета при Государственном медицинском университете г. Семей. Анкета в представляемом варианте полностью адаптирована и готова к использованию.

По представленной анкете нами было проведено анкетирование 302 водителей г. Семей, пользующимися услугами уличных автостоянок. Почему именно эта категория водителей? Дело в том, что услугами уличных автостоянок пользуются разный контингент водителей. Здесь можно встретить и молодых и пожилых водителей, и мужчин и женщин, и владельцев семейных авто, джипов, минивэнов, машин эконом класса и др. Тем самым был достигнут максимально широкий охват всех категорий водителей в городе.

Таким образом, представленная анкета позволяет определить медико-социальный статус водителей в рамках безопасного дорожного движения (социальный портрет, уровень теоретических знаний о первой помощи, мнение водителей о причинах ДТП и др.)

### АНКЕТА

1. Ваш пол: 1. мужской, 2. женский
2. Сколько Вам полных лет? \_\_\_\_\_ лет.
3. Ваше образование:
  1. Высшее, 2. Незаконченное высшее, 3. Среднее специальное, 4. Среднее, 5. Другое.
4. Ваш непрерывный водительский стаж:
  1. До 1 года, 2. От 1 года до 3 лет, 3. От 3 до 5 лет, 4. От 5 до 10 лет, 5. Более 10 лет.
5. Вождение автомобиля является необходимостью в Вашей работе?
  - 1) Да, я по профессии водитель пассажирского автотранспорта,
  - 2) Да, я по профессии водитель грузового автотранспорта,
  - 3) Нет, вождение не связано с моей профессиональной деятельностью, но я за рулем ежедневно.



4) Нет, вождение не связано с моей профессиональной деятельностью, я за рулем 1-4 раза в неделю.

5) Нет, вождение не связано с моей профессиональной деятельностью и я за рулем редко, при острой необходимости.

**6. Расставьте по степени значимости (от 1 до 7) причины, влияющие на возникновение дорожно-транспортных происшествий (1 – самая важная причина; 7 – самая малозначительная)**

- 1) Низкая дисциплина водителей
- 2) Плохая организация движения (неправильная работа светофоров, неправильное размещение знаков, пешеходных переходов и др.)
- 3) Плохое состояние улиц и дорог (асфальтное покрытие, разделительная полоса и др.)
- 4) Плохое техническое состояние транспортных средств
- 5) Недисциплинированность пешеходов
- 6) Слабая работа Дорожной полиции
- 7) Недостаточный уровень подготовки водителей

**7. Кто, по Вашему мнению (или из Вашего опыта), чаще всего оказывает помощь пострадавшим на месте ДТП?**

1. Водители транспортного средства, причастного к ДТП,
2. Водители и пассажиры проезжающих мимо транспортного средства.
3. Сотрудники Госавтоинспекции.
4. Сотрудники МЧС РК.
5. Медицинские работники.
6. Затрудняюсь ответить.

**8. Приходилось ли Вам оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим в ДТП? 1. Да, 2. Нет**

**9. Пользовались ли Вы при этом (пункт 9) своей автомобильной аптечкой? 1. Да, 2. Нет**

**10. Где находится в Вашем автомобиле автомобильная аптечка?**

- 1) В багажнике,
- 2) В салоне автомобиля под водительским сиденьем,
- 3) В салоне авто под пассажирским сиденьем,
- 4) В салоне авто на задней панели у заднего стекла.
- 5) Где лежит точно не могу сказать.
- 6) Если честно, то аптечки у меня нет.

**11. Как быстро вы сможете достать и использовать аптечку при необходимости:**

- 1) До 15 секунд,
- 2) До 30 секунд
- 3) 30 – 60 секунд,
- 4) 1-5 минуты,
- 5) Затрудняюсь ответить
- 6) Я не умею с ней обращаться

**12. По данным исследователей, 50% пострадавших в ДТП погибают до приезда «Скорой помощи», большинство из-за вовремя НЕ оказанной первой медицинской помощи. Сможете ли Вы оказать первую помощь пострадавшему и поддержать его жизнеспособность до приезда врачей? Оцените свой уровень подготовки по оказанию помощи пострадавшим на месте ДТП, отмечая «Умею» «+» или «Не умею» «-».**

		Умею	Не умею
1	Наложить кровоостанавливающий жгут на конечность		
2	Непрямой массаж сердца		
3	Искусственное дыхание «рот в рот», «рот в нос»		
4	Наложение шины при переломе кости конечности		
5	Наложение повязки на рану		

**13. Где вы изучали правила оказания первой медицинской помощи?**

1. Нигде не изучал,
2. В автошколе,
3. Изучаю самостоятельно,
4. Услышал от знакомых, из газет и телепередач,
5. Я - медицинский работник,
6. Другое, (укажите) \_\_\_\_\_

**14. Если бы Вам по телефону диспетчер службы спасения «диктовал» как оказывать первую помощь пострадавшему в ДТП, смогли бы вы ее оказать? Укажите один правильный ответ.**

1. В диспетчере нет необходимости, так как я смогу самостоятельно оказать первую помощь.
2. Да. Я не уверен в своих навыках оказания первой помощи, но под «диктовку» диспетчера смогу ее оказать хорошо.
3. Нет. Я не смогу оказать первую помощь даже под «диктовку» диспетчера службы спасения.

**15. Желаете ли Вы повысить свои знания о первой медицинской помощи при ДТП путем прослушивания лекций и отработки практических навыков в тренинговом центре на муляжах?**

1. Да. 2. Нет. 3. Затрудняюсь ответить.

**16. Как, по Вашему мнению, можно повысить знание автомобилистов об оказании первой медицинской помощи пострадавшим в ДТП?**

1. Прослушивание лекций по первой помощи при нарушении правил дорожного движения,
2. Прослушивание информации по радио, раздача листовок, брошюр,
3. Проведение дополнительных занятий в автошколах во время первичного курса обучения,
4. Прохождение короткого курса по первой помощи при совершении ДТП с пострадавшими,
5. Обязательное прохождение короткого курса по первой помощи водителями 1 раз в пять лет.

**17. Для чего используется таблетки Валидола 0,06 гр. из аптечки и как его использовать? Укажите один правильный ответ.**

- 1) Болеутоляющее средство, одну таблетку проглотить не разжевывая, запивая небольшим количеством воды,
- 2) Средство при отравлениях, проглотить по 1 табл на каждые 20 кг веса, запивая небольшим количеством воды,
- 3) Средство от боли в сердце, проглотить не разжевывая, запивая небольшим количеством воды,
- 4) Средство от боли в сердце, одна таблетка под язык до полного рассасывания,
- 5) Средство при обмороке, одна таблетка под язык до полного рассасывания,

**18. Какое наружное кровотечение опаснее всего? Обведите один правильный ответ.**

- 1) Венозное,
- 2) Артериальное
- 3) Капиллярное,

**19. Куда Вы наложите кровоостанавливающий жгут при наличии обильного пульсирующего наружного кровотечения из раны в середине голени? Укажите один правильный ответ.**

1. Выше раны на 10 см
2. Ниже раны на 10 см.
3. Выше и ниже раны на 10 см.
4. Непосредственно на рану
5. На бедро

**20. Как правильно наложить транспортные шины при переломе костей середины голени? Укажите один правильный ответ.**

1. Наложить 2 шины или заменяющие их подручные средства от стопы до коленного сустава, чтобы обездвижить место перелома.
2. Наложить 3 шины или заменяющие их подручные средства от стопы до середины бедра, чтобы обездвижить место перелома, коленный и голеностопный суставы,
3. Наложить 2 шины или заменяющие их подручные средства так, чтобы обездвижить коленный сустав и место перелома,
4. Наложить 3 шины или заменяющее их подручные средства от стопы до коленного сустава, чтобы обездвижить место перелома и стопу.

**21. Каковы основные правила оказания первой помощи при сотрясении мозга? Укажите один правильный ответ.**

1. Уложить пострадавшего на спину, подложить под голову валик и дать теплое питье.
2. Уложить пострадавшего на бок или на спину со склоненной на бок головой и транспортировать в этом положении в ближайшее медицинское учреждение.
3. Положить пострадавшего на спину или в положение полулежа со склоненной на бок головой, дать понюхать нашатырный спирт.

**22. В каком положении необходимо транспортировать пострадавшего с закрытой травмой живота? Укажите один правильный ответ.**

1. На спине с горячим компрессом на месте ушиба, предварительно напоив горячим чаем.
2. Лежа, к месту ушиба прикладывают пузырь, наполненный холодной водой или льдом.
3. Лежа на боку с согнутыми в коленях ногами, после приема обезболивающего средства из автомобильной аптечки.
4. Транспортировать такого больного нельзя, необходимо дождаться бригаду «Скорой помощи».

**23. Каковы основные правила выполнения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца, если в оказании помощи участвуют 2 человека? Укажите один правильный ответ.**

1. Попеременно 1 раз вдуть воздух в легкие пострадавшего и 1 раз надавливать в область сердца.
2. Попеременно 1 раз вдуть воздух в легкие пострадавшего и 5 раз надавливать на среднюю треть грудной клетки.
3. Попеременно 1-2 раза вдуть воздух, затем 15-20 раз надавливать на грудную клетку в область сердца.

**24. Каковы основные правила оказания первой помощи при обмороке? Укажите один правильный ответ.**

1. Уложить пострадавшего на спину или бок, подложить под голову валик, дать понюхать нашатырный спирт, обеспечить доступ свежего воздуха, растереть одеколоном виски.
2. Уложить пострадавшего на ровную площадку, дать понюхать нашатырный спирт, при необходимости сделать искусственное дыхание.
3. Уложить пострадавшего на спину (голова должна быть ниже туловища, а ноги приподняты), дать понюхать нашатырный спирт, растереть одеколоном виски.

#### **Литература:**

1. Анкета ГИБДД Республики Хакасия – Режим доступа: <http://www.gibdd19.ru/monitoring/form.php>, свободный.

2) Шубкин, М.В. О знаниях водителей в оказании первой помощи при автодорожных происшествиях / М.В. Шубкин, К.А. Виноградов, В.Н. Шубкин // Материалы II Московского международного конгресса травматологов и ортопедов «Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения» 24-25 марта 2011 – Режим доступа -: <http://www.traumatic.ru/ru/abstract-246.htm>, свободный.

3) Ганжурова Б.Ц. Совершенствование медико-организационных мероприятий оказания первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях: автореф. дисс...канд. мед. наук: 14.00.33. - М., 2008. - 25 с.

#### **Тұжырым**

**ҚАУЫПСЫЗ ЖОЛ ҚОЗҒАЛЫСЫ ШАРАСЫНДА ЖҮРГІЗУШІЛЕРДІҢ МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК СТАТУСЫН АНЫҚТАУҒА АРНАЛҒАН ҚҰРАЛ**

**А.О. Мысаев, Т.А. Булегенов, Е.Е. Шершнева, Н.В. Изотова, Р.В. Лагно**

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті**

*Қауыпсыз жол қозғалысы шарасында жүргізушілердің медико-әлеуметтік статусын анықтауға арналған анкета көрсетілген. Анкета апробацияланды және жұмысқа толық дайын.*

#### **Summary**

**TOOL FOR DETERMINATION OF MEDICAL AND SOCIAL STATUS OF DRIVERS IN ROAD SAFETY CAMPAIGN**

**A.O. Myssayev, T.A. Bulegenov, E.E. Shershnev, N.V. Izotova, R.V. Lagno**

**Semey State Medical University**

*The article presents a questionnaire to determine the medical and social status of the drivers in road safety campaign. Questionnaire is fully tested and ready to work.*

ӘОЖ: 616-097+612.014.482.4+613.98

Г.О. Илдербаева, А.С. Арзынбекова, О.З. Илдербаев, Д.Е. Узбеков

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

## ГАММА-СӘУЛЕНІҢ ЖАС ЕРЕКШЕЛІГІНЕ ҚАРАЙ ИММУНДЫҚ ЖҮЙЕГЕ ӘСЕРІ

## Тұжырым

Зерттеу мәліметтері бойынша тәжірибелік жануарлардың жасы ұлғайған сайын аз дозалы гамма-сәуленің әсерінен болған дисбаланстық құбылыс айқындылығы азайып, иммундық жетіспеушілік туындаған. Гамма-сәулесі әсерінен иммундық жүйе жеткіліксіздіктерінің қарқындылығы қартайған ағзаларда арта түскен.

**Түйінді сөздер:** иммунитет, радиация, жас ерекшелігі.

Еліміздегі радиация көздері болатындар күннен күнге артып келе жатқан радиобелсенді қалдықтар уран өндіретін кәсіпорын қалдықтарымен шектеліп қоймай, қолданылғаннан кейін жойылатын медициналы, ғылыми-зерттеу ұйымдарындағы радиобелсенді әсері бар жүз мыңнан арта объектілер бар. Аталған нысандардың изотоптық қалдықтарының жалпы радиобелсенділігі бірнеше ондаған мың Кюри болатынын болжаған [1]. Электр энергияның тапшылығына байланысты көптеген елдердің атомдық электр стансаларын жұмыс істетуі, кейбір мемлекеттердің ядролық сынақтарын әлі жүргізіп келе жатқаны және табиғаттағы жер сілкіністі апаттарынан туындайтын атом электр стансаларының қирауынан радиацияның қоршаған ортаға таралу тәуекелдігі өте жоғары және таралып та жатыр [2, 3, 4]. Осының барлығы адамзат өмір сүрген ортасында радиация сәулесіне ұшырауы мүмкіндігі өте жоғары.

**Жұмыстың мақсаты.** Гамма-сәуленің жас ерекшелігіне қарай иммундық жүйеге әсерін зерттеу.

**Зерттеу материалдары мен әдістері.** Эксперименттер аталық жынысты 12, 18 және 24 ай толған егеуқұйрықтарға жасалынды. Әрқайсысы 15 данадан тұратын егеуқұйрықтарға 0,2 Гр гамма-сәулесі берілді. Сәуле көзі ретінде Со60 радиобелсенді элементі қолданылды. Т- және В-лимфоциттер моноклоналды антиденелер арқылы анықталды. Лейкоциттердің миграциясы тежелу реакциясын (ЛМТР) А.Г.Артемова (1973) [5], қан сары суындағы айналыстағы иммундық кешендер (АИК) М. Digeon (1977) тәсілімен [6], нейтрофилдердің фагоцитарлық белсенділігін бағалау А.Е.Кост, М.И.Стенко (1968) [7], нитрокөк тетразол тестісі (НКТ) Б.С. Нагоев, М.Г.Шубич (1981) [8] әдістерімен анықталды. Зерттеу нәтижелері статистикалық өңдеуден өтіп, салыстыру t-Стюдент критерийі ретінде саналды.

**Зерттеу мәліметтері және оны талқылау.** Тәжірибе нәтижелері көрсеткендей гамма-сәулесін алған 12 ай толған егеуқұйрықтарда қалыпты тобына қарағанда лейкоциттердің саны нақты болмаса да төмендегені анықталды. Осы тәжірибелік топта лимфоциттердің абсолюттік саны  $2,44 \pm 0,23 \times 10^9/\text{л}$  құраса, қалыпты топта  $2,76 \pm 0,12 \times 10^9/\text{л}$  болды, бұл көрсеткіш те нақты өзгеріске түспегенін көрсетті ( $p > 0,05$ ). Т-лимфоциттердің (CD3+) абсолюттік саны шамамен 23,28% төмендеген ( $p < 0,05$ ). 12 айлық қалыпты жануарларда хелперлік белсенділігі бар Т-лимфоциттердің (CD4+) абсолюттік шамасы  $0,70 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$  болса, гамма-сәулесіне ұшыраған жануарларда бұл көрсеткіш  $0,59 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ) шамаға азайғаны зерттеу барысында анықталды. Ал, супрессорлық белсенділігі бар CD8+ лимфоциттердің шамасына келсек, 12 ай толған қалыпты жануарларда абсолюттік шамасы  $0,49 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$  болса, 0,2 Гр

гамма-сәулесіне ұшыраған жануарларда бұл көрсеткіш  $0,41 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ) деген шамаға нақты түрде кемігені анықталды. Тәжірибелік II топтағы жануарларда CD4+ және CD8+ лимфоциттерінің шамалы өзгеруінің әсерінен, иммундыреттеуіш индексінің (ИРИ) қалыпты тобы маңында өзгеріссіз қалғаны тіркелді ( $p > 0,05$ ). Енді 12 ай толған жануарлардың иммунитет жүйесіндегі Т-лимфоциттердің МИФ-өндіруші белсенділігінің көрсеткіші болатын ЛМТР көрсеткішіне келетін болсақ, қалыпты жануарларда  $0,79 \pm 0,04$  шамасында болса, II топтағы жануарларда  $0,89 \pm 0,06$  мөлшерінде ( $p > 0,05$ ) болды. Бұл көрсеткіш 0,2 Гр гамма-сәулесіне ұшыраған II топтағы жануарларда бұл көрсеткіштің 12,65%-ға артуы лейкоциттердің миграцияны ингибирлейтін фактордың (МИФ) нақты болмаса да төмендей түскенін көрсетті. Гамма-сәулесін алған 12 ай толған егеуқұйрықтарда В-лимфоциттердің саны нақты түрде артқаны анықталды: қалыпты жануарларда CD19+ абсолюттік саны  $0,34 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$  құраса, II топта  $0,42 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$  болды ( $p < 0,05$ ). CD19+ лимфоциттердің артуы көрінісінде қан сары суындағы АИК мөлшерінің 22,22%-ға ( $p < 0,05$ ) төмендегені тіркелді. 0,2 Гр дозадағы гамма-сәуле әсерінен 12 ай толған тәжірибелік жануарларда фагоцитоз белсенділігі нақты өзгеріске түспегені анықталды ( $p > 0,05$ ). Радиацияға ұшыраған тәжірибелік жануарларда НКТ көрсеткіші 71,45%-ға артқан ( $p < 0,01$ ), бұл көрініс нейтрофилдердің функционалдық белсенділігінің шағын дозалы гамма-сәуленің әсерінен артқандығына дәлел бере отырып, ағзаның бейарнамалы қорғанысының бейімделуінің арта түскенін көрсетті. Алынған мәліметтер шағын дозадағы иондағыш сәулелену иммунитеттің Т-буынында белсенділігінің тежелуін, фагоцитарлық жасушаларда метаболизм үдерісінің шамалы үдеуін және гуморалдық буынның шамалы белсенуін көрсетті.

Тәжірибе нәтижелері көрсеткендей эксперименттік радиация сәулесін алған 18 ай толған егеуқұйрықтарда қалыпты тобына қарағанда лейкоциттердің саны  $5,01 \pm 0,29 \times 10^9/\text{л}$  дейін төмендеген (қалыпты топта:  $6,12 \pm 0,35 \times 10^9/\text{л}$ ,  $p < 0,05$ ). Лимфоциттер де 17,24%-ға ( $p < 0,05$ ) төмендеген. CD3+, CD4+, CD8+ лимфоциттеріне келетін болсақ, CD3+ абсолюттік саны 39,28% нақты төмендегені анықталды ( $p < 0,001$ ). Қалыпты топта CD4+ жасушаларының абсолюттік шамасы  $0,67 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$  болса, шағын дозалы гамма-сәулесіне ұшыраған 18 ай толған жануарларда бұл көрсеткіш  $0,55 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ) шамаға кемігені анықталды. CD8+ лимфоциттердің мөлшері нақты болмаса да кемігені тіркелді ( $p > 0,05$ ). II топтағы жануарларда ИРИ шамалы төмендеуі бұл серияда гамма-сәулесіне ұшыраған жануарларда иммундық тапшылық үдерісінің шамалы болса да дамығанын

көрсетеді. Енді 18 ай толған жануарлардың иммунитет жүйесіндегі Т-лимфоциттердің МИФ-өндіруші белсенділігін анықтайтын ЛМТР көрсеткішіне келетін болсақ, гамма-сәулесіне ұшыраған жануарларда  $12,16 \pm 1,06$  ( $p < 0,05$ ) құрады. Радиацияның ықпалына ұшыраған 18 ай толған жануарларда бұл көрсеткіштің  $29,91\%$ -ға артуы Т-лимфоциттерінің МИФ-өндіруші белсенділігінің және Т-жүйенің қызметтік белсенділігінің төзеле түскенін көрсетті. CD19+ абсолюттік саны нақты түрде болмаса да төмендегені анықталды ( $p > 0,05$ ). CD19+ лимфоциттердің мөлшерінің шамалы түрде азаю көрінісінде қан сары суындағы АИК мөлшерінің  $31,27\%$ -ға артқаны тіркелді ( $p < 0,05$ ). 0,2 Гр гамма-сәуле әсерінен 18 ай толған жануарларда фагоцитоз белсенділігі  $15,72\%$ -ға ( $p < 0,05$ ) төмендеген, ал фагоцитарлық сан  $9,27\%$ -ға ( $p < 0,05$ ) азайғандығы анықталды. Зерттеу мәліметі бойынша 0,2 Гр дозалы гамма-сәулесіне ұшыраған тәжірибелік жануарларда НКТ көрсеткіші  $5,40 \pm 0,66$ -дан  $5,98 \pm 0,37$ -ге дейін нақты болмаса да артқан ( $p > 0,05$ ), бұл көрініс нейтрофилдердің қызметтік белсенділігінің артқанына дәлел бере отырып, организмнің бейспецификалы қорғанысы компенсаторлы белсене түскен. Зерттеу жұмысымыздың мәліметтері бойынша гамма-сәуленің әсеріне ұшыраған 18 ай толған жануарларда лейкопениялық және лимфопениялық құбылыс болғаны, CD3+, CD4+ абсолюттік шамаларының, Т-лимфоциттердің МИФ-өндіруші белсенділігінің төмендеуі жүріп, қан сары суындағы АИК концентрациясы артқан. Бейарнамалы фагоцитарлық буында жасушалардың қызметтік белсенділігінің төмендеп, фагоцитарлық процестің әлсірей түскені тіркеліп, қан айналымындағы иммундық кешендердің төмендеуіне бірден бір себепкер болған. Жалпы алғанда гамма-сәулесіне ұшыраған 18 айлық жануарларда иммундық жүйедегі өзгерістері 12 айлық жануарлармен салыстырғанда тереңдей түскен.

24 ай толған егеуқұйрықтардың иммундық жүйесіне 0,2 Гр дозадағы  $\gamma$ -сәуленің әсеріне келетін болсақ, тәжірибе нәтижелері көрсеткендей эксперименттік егеуқұйрықтарда лейкоциттердің саны төмендеген: абсолюттік көрсеткіші  $4,63 \pm 0,26 \times 10^9/\text{л}$  шамада болып, нақты түрде  $12,81\%$ -ға азайған ( $p < 0,05$ ). Ал, жалпы лимфоциттердің саны  $29,27\%$ -ға ( $p < 0,01$ ) күрт төмендеген. Зерттеуіміздің келесі көрсеткіштердің бірі CD3+ абсолюттік саны  $38,18\%$ -ға ( $p < 0,001$ ) күрт төмендеген. CD4+ абсолюттік шамасы  $0,56 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$  болса, гамма-сәулесіне ұшыраған осы жастағы жануарларда бұл көрсеткіш  $0,36 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,01$ ) шамаға нақты түрде күрт кемігені тіркелді.

CD8+ лимфоциттердің шамасы: қалыпты топта абсолюттік шамасы  $0,45 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$ , гамма-сәулесіне ұшыраған 24 айлық жануарларда  $0,32 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,01$ ) шамада болған. ИРИ қалыпты топта  $1,23 \pm 0,06$  көрсеткішін құраса, тәжірибелік топта  $1,11 \pm 0,05$  шамада нақты болмаса да төмендеген. Енді 24 ай толған жануарлардың Т-лимфоциттердің МИФ-өндіруші белсенділігіне гамма-сәуленің әсеріне келсек, бұл көрсеткіш индекс ретінде  $53,61\%$ -ға артып, Т-жасушаларының белсенділіктерінің төмендегенін көреміз ( $p < 0,01$ ). II топтағы қартайған жануарларда лейкоциттердің миграциясын тежейтін фактордың (МИФ) төмендегенін көрсетеді. Тәжірибе нәтижелері көрсеткендей гамма-сәулесін алған 24 ай толған егеуқұйрықтарда қалыпты тобына қарағанда В-лимфоциттердің саны нақты түрде өзгеріске түспегені анықталды ( $p > 0,05$ ). Фагоцитарлық белсенділігінің төзелу көрінісінде қан сары суындағы АИК мөлшерінің

$17,48\%$  артқаны тіркелді ( $p < 0,05$ ). 0,2 Гр дозалы гамма-сәуле әсерінен 24 ай толған жануарларда фагоцитоз белсенділігі нақты болмаса да төмендегені анықталды ( $p > 0,05$ ), ал, фагоцитарлық саны  $2,06 \pm 0,12$ -ден  $1,50 \pm 0,15$ -ге дейін ( $p < 0,05$ ) азайған. Радиацияға ұшыраған тәжірибелік жануарларда НКТ көрсеткіші айтарлықтай өзгеріске түспегені анықталды (қалыпты топта:  $3,60 \pm 0,21\%$ , тәжірибелік топта:  $3,88 \pm 0,21\%$ ,  $p > 0,05$ ), бұл көрініс иммундық жүйедегі Т- және В-буындарындағы жетіспеушіліктің орнын толтыруға нейтрофилдердің функционалдық белсенділігінің шағын дозалы радиация әсері кезінде артуымен сипатталды. 0,2 Гр гамма-сәулесіне ұшыраған 24 ай толған жануарларда лейкопения, лимфопения, CD3+, CD4+, CD8+ лимфоциттерінің абсолюттік және пайыздық шамалары, лейкоциттердің лимфокин синтездеу процесі төмендеген. Бейарнамалы фагоцитарлық буында жасушалардың қызметтік белсенділігінің нақты болмаса да, фагоцитарлық процестің әлсірей түскені тіркелді. Жалпы алғанда қартайған ағзаларда экстремалды стрестік жағдайлардың әсеріне адаптациялық компенсаторлық реакцияларының қажуы жүргені зерттеу мәліметтері көрсетіп отыр. Сонымен, алынған нәтижелер бойынша төмендегідей қорытындылар туындады: 1. 12 ай толған жануарларға шағын дозадағы иондағыш сәуле әсерінен Т-буын белсенділігінің төжелуі жүріп, гуморалды және моноклеарлы-фагоцитарлық буынның белсенділік әсері болған. 2. 18 ай толған жануарларға шағын дозадағы иондағыш сәуле әсері лейкопения және лимфопения, CD3+, CD4+ шамаларының, МИФ-өндіруші белсенділігінің төмендеуіне әкеліп, АИК концентрациясын арттырған. 3. 24 ай толған жануарларға 0,2 Гр гамма-сәуле әсері лейкопения, лимфопения, CD3+, CD4+, CD8+ шамалары төмендеп, лейкоциттердің лимфокин синтездеу процесі, фагоцитарлық процесі төжелген.

#### Әдебиеттер:

1. Сейсебаев А.Т. Қазақстан Республикасы аумағындағы радиациялық ахуал // Астана медициналық журналы. – 2007. – № 7 (43). – С. 32-33.
2. Клеев А.В., Овчарова Е.А. Состояние системного иммунитета у лиц, подвергшихся хроническому радиационному воздействию, в отдаленные сроки // Бюл. Сибирской медицины. – 2005, № 2. – С. 13.
3. Галстян И.А., Гуськова А.К., Надежина Н.М. Последствия облучения при аварии на ЧАЭС: анализ клинических данных // Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 2007, Том 52, № 4. – С. 5-13.
4. Землетрясение в Японии. [http://loveopium.ru/news/zemle\\_tryasenie-v-yaponii.html](http://loveopium.ru/news/zemle_tryasenie-v-yaponii.html)
5. Артемова А.Г. Феномен торможения миграции лейкоцитов крови у морских свинок с гиперчувствительностью замедленного типа к чужеродному тканевому агенту // Бюл. эксперим. биол. и мед. – 1973, Т. 76, № 10. – С. 67-71.
6. Digeon M., Laver M. Detection of circulating immune complex in human sera by simplified  $\text{E}$ . with polyethylene glucos // J Immunol. Methods. – 1977, № 1. – P. 165-183.
7. Кост А.Е., Стенко М.И. // Руководство по клиническим лабораторным исследованиям. - М., - 1968. - С. 435.
8. Нагоев Б.С., Шубич М.Г. Значение теста восстановления нитросинего тетразолия для изучения функциональной активности лейкоцитов // Лаб. дело. – 1981, - № 4. - С. 195-198.

## Резюме

**ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У КРЫС РАЗНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГАММА-ОБЛУЧЕНИИ**

Г.О. Ильдербаева, А.С. Аргынбекова, О.З. Ильдербаев, Д.Е. Узбеков

Государственный медицинский университет города Семей

У крыс, подвергшихся радиационному облучению, были выявлены снижение T-лимфоцитов и их субпопуляций, понижением функциональной активности нейтрофилов. Выявлено возрастзависимое изменение адаптивной реакции организма на воздействие радиационного фактора.

## Summary

**FEATURES OF IMMUNE RESPONSE IN RATS AT DIFFERENT AGES OF GAMMA-IRRADIATION**

G. Ilderbayeva, A. Argynbekova, O. Ilderbayev, D. Uzbekov

State Medical University of Semey

In rats exposed to radiation, have been identified reduction of T-lymphocytes and their subpopulations, a decreasing the level of the functional activity of neutrophils. Revealed age-related changes in adaptive reactions to exposure of radiation.

УДК 616.24-002.5-036.4-08

К.С. Игембаева<sup>1</sup>, Р.С. Игембаева<sup>2</sup>, Н.К. Селиханова<sup>3</sup>, О.А. Горковенко<sup>4</sup>, Л.И. Жунускалиева<sup>5</sup>,  
А.А. Измайлова<sup>6</sup>, Н.В. Сушко<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Государственный медицинский университет города Семей<sup>1,2</sup>,<sup>2</sup> Региональный противотуберкулезный университет, г. Семей<sup>3,4,5</sup>,<sup>3</sup> 607 гр. ОМФ – терапевты<sup>6,7</sup>.**РЕЗУЛЬТАТЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ФАЗЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ****Аннотация**

Конверсия мазка и закрытие полости распада произошли в обеих группах к окончанию полного курса химиотерапии в 92,0% и 94,0% соответственно.

Учитывая результаты эффективности лечения впервые выявленных больных при приеме ПТП в поддерживающей фазе в разных режимах, рекомендуется чаще использовать интермиттирующий режим, т.к. последний приводит к экономии лекарственных препаратов и экономии денежных средств пациента на проезд.

**Ключевые слова:**

В Казахстане уже 14 лет применяют для лечения больных туберкулезом предложенную ВОЗ DOTS – стратегию. Существенную роль играет лечение под непосредственным клиническим наблюдением и гарантия прохождения полного курса лечения. Чем больше вылеченных больных среди впервые выявленных, тем меньше источника распространяющего туберкулез здоровым лицам (1-3).

В настоящее время лечение впервые выявленных больных туберкулезом легких с сохраненной чувствительностью проводится по режиму 1 категории: интенсивная фаза четырьмя противотуберкулезными препаратами (ПТП) (HRZE) в течение 2-4 месяцев и поддерживающая фаза двумя ПТП (HR) ежедневно или 3 раза в неделю в течение 4 месяцев.

Целью нашего исследования было изучение эффективности лечения впервые выявленных больных в поддерживающей фазе при ежедневном и интермиттирующем режиме приема ПТП.

**Материалы и методы**

Для решения поставленной цели нами проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 100 больных с впервые выявленным туберкулезом легких, прошедшими полный курс химиотерапии по режиму 1 категории. Наши больные были разделены на 2 группах по 50 человек.

В 1 группу вошли больные, получавшие химиопрепараты в поддерживающей фазе в ежедневном режиме, во 2 группе больные получавшие химиопрепараты в интермиттирующем режиме.

**Результаты и их обсуждение**

Среди наших больных мужчин было 45 (45,0%), женщин 55 (55,0%). По возрасту, больные распределились следующим образом: в возрасте 18-20 лет было 10 (10,0%) больных, 21-30 лет- 30 (30,0%), 31-40 лет – 22 (22,0%), 41-50лет – 17 (17,0%), 51-60 лет – 8 (8,0%), 61 и более -13 (13,0%). Инфильтративная форма туберкулеза легких отмечена в 97 (97,0%) случаев, фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТ) – в 3 (3,0%). Экссудативный плеврит как осложнение легочного туберкулеза диагностирован у 7 больных.

Все обследованные больные были бактериовыделителями. Обследование больных на лекарственную чувствительность был проведен всем больным, его результаты были следующими: чувствительность сохранена в 82 случаях, устойчивость определена у 18 больных, из которых монорезистентность отмечена в 7 случаях (S-5, E-2), полирезистентность – в 7 (HS- 2, SE-1, HES-4), мультирезистентность – в 4 (HRSE-4).

Интенсивная фаза сроком 60 дней проведена в 64 случаях, сроком 3 месяца – в 25, сроком 4 месяца – в 7. Основными критериями эффективности лечения боль-

ных туберкулезом легких являются 2 основных показателя – конверсия мазка и закрытие полости распада.

Так, закрытие полости распада в 1 группе достигнуто у 46 (92,0%) больных, во 2 группе – у 47 (94,0%). Ко 2-ому месяцу от начала химиотерапии в 1 группе заживление деструктивных изменений не наступило ни в одном случае, во 2 группе в 2 (4,0%), к 4-ому месяцу – соответственно – в (12,0%) и 10 (20,0%), к 6-ому месяцу – в 40 (80,0%) случаях, во 2 группе – в 3 (6,0%) случаях. Успех лечения впервые выявленных больных был достаточно высоким в обеих группах и составил соответственно в 1 группе 92,0%, во 11-ой- 94,0%. В 1 группе неудача лечения отмечена в 1 (2,0%) случае, во 2-ой – ни в одном случае, переведен в 4 категорию – соответственно в 3 (6,0%) и 3 (6,0%). Таким образом, эффективность лечения больных 1 категории при ежедневном

и интермиттирующем режиме поддерживающей фазы была почти одинаковой.

#### Литература:

1. Шилова М.В., Хрулева Т.С. Эффективность лечения больных туберкулезом на современном этапе // Пробл. туб. и болезней легких. – 2008. - №3. – С. 3-12
2. Петренко В.М., Литвиненко Н.А. Эффективность применения в клинике ДОТС стратегии для лечения больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких // Пробл. Туб. и болезней легких. – 2005. - №3.-С. 16-20
3. Абашев И.М., Козлова А.И., Иванова Л.Н. результаты лечения больных деструктивным туберкулезом легких без учета лекарственной чувствительности МБТ// Пробл.туб. и болезней легких. – 2008. - №1. – С. 33-36

#### Тұжырым

### ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗИМЕН АЛҒАШ РЕТ АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ЖАЛҒАСТЫРУШЫ САТЫДАҒЫ ЕМНІҢ НӘТИЖЕСІ

**К.С. Игембаева, Р.С.Игембаева, Н.К. Селиханова, О.А. Горковенко, А.А. Измайлова, Н.В. Сушко, Л.И. Жунускалиева**

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті**

Тексеру мынадай нәтижені көрсетті: емнің нәтижесінде қақырықтың конверсиясы мен тесіктің жабылуы 2 топта да бірдей көрсеткіштерді көрсетті (92%-94%). 2 топта да емнің нәтижесі бірдей болуына байланысты, демеуші кезеңде ТҚД аптасына 3 рет беру ұсынылады, себебі бұл тәсіл дәрілерді және науқастардың дәрілерін қабылдау үшін жолға кететін ақшасын үнемдеуге көмектеседі.

#### Summary

### THE RESULTS OF SUPPORTING PHASE OF THERAPY THE SICK PERSONS WITH FIRST REVEALED TUBERCULOSIS OF LUNGS

**K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, N.K. Selihanova, O.A. Gorkovenko, A.A. Izmailova, N.V. Sushko, L.I. Zhunuskaliyeva**  
**State Medical University of Semey**

A Conversion of the swab and closure of cavities of the destruction have appeared in both groups to the ending of full course of chemotherapy in 92,0% and 94,0% correspondingly.

Considering results of efficacy of the treatment for the first time revealed sick persons at the receiving ATM (antituberculous medicines) in the supporting phase in different modes, is recommended to use the intermittent mode more often, because it can lead to economy of medicines and save the patients' money at the buying tickets on bus.

УДК 616.24-002.5-036.8-08

**К.С. Игембаева<sup>1</sup>, Р.С. Игембаева<sup>2</sup>, О.А. Горковенко<sup>3</sup>, Р.К. Бихиянова<sup>4</sup>, Н.К. Селиханова<sup>5</sup>, Л.И. Жунускалиева<sup>6</sup>, А.А. Измайлова<sup>7</sup>, Д.М. Кадырбаева<sup>8</sup>**

**Государственный медицинский университет город Семей<sup>1,2</sup>,  
Региональный противотуберкулезный диспансер, Семей<sup>3,4,5,6</sup>,  
607 гр. ОМФ – терапевты<sup>7,8</sup>.**

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕЖИМЕ DOTS-PLUS

#### Аннотация

Больные мультирезистентным туберкулезом легких представляют собой сложную категорию, среди которых преобладают лица с распространенными деструктивными процессами и наличием осложнений.

Применение резервных препаратов у больных резистентным туберкулезом, получавших адекватную терапию, показало высокую клиническую эффективность. Конверсия мокроты была получена у 85 из 86 больных (98,8%). Полости распада закрылись у 82 из 92 больных (89,1%) взятых на лечение, а у больных с первичной лекарственной устойчивостью – 89,5% (34 из 38), у лиц с неблагоприятными исходами – 86,9% (20 из 23), с рецидивами – 81,3% (15 из 18), у больных с хронической формой туберкулеза – в 100% (13 из 13) случаев. В повышении эффективности лечения больных мультирезистентным туберкулезом играет большую роль своевременное хирургическое лечение, использование патогенетических и симптоматических препаратов

**Ключевые слова:** туберкулез легких, мультирезистентный туберкулез, лечение.

Появление множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза становится серьезной угрозой эффективности противотуберкулезных программ. Устойчивость к противотуберкулезным препаратам является одной из причин неудачных исходов лечения, рецидивов и дальнейшего распространения резистентного туберкулеза (1-3).

Целью исследования явилось изучение эффективности комплексного лечения больных с мультирезистентным туберкулезом в режиме лечения DOTS-Plus с включением хирургических методов лечения.

#### Материалы и методы

Материалом служили истории болезни 92 пациентов проходивших лечение в РПТД в режиме DOTS-Plus с наличием лекарственной устойчивости.

#### Результаты и их обсуждение

По клиническим формам преобладают больные с инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада. При анализе клинических форм заболевания у больных резистентным туберкулезом установлено, что преобладали распространенные двусторонние процессы, с наличием осложнений и сопутствующих заболеваний. Во всех случаях имелись полости распада, все больные были бактериовыделителями, что было подтверждено бактериоскопическими и культуральными методами. У абсолютного большинства больных (77,9%) установлена резистентность к 4-м препаратам. Лечение в режиме DOTS-plus проводилось в стандартном индивидуальном режиме длительностью 18-21-24 месяца. Стандартный режим химиотерапии, как более надежный, получали большинство больных. Прием препаратов осуществлялся только в ежедневном режиме на протяжении всего курса лечения и под непосредственным контролем медработников. Продолжительность интенсивной фазы лечения резервными препаратами в основном составила от 5 до 7 месяцев. С целью рассасывающей терапии применялись экстракт алоэ, а также физиолечение:

ультразвук по схеме, электрофорез с тиосульфатом натрия.

Эффективность лечения оценивалась по стойкой конверсии мазка мокроты и закрытию полостей распада.

Оценены эффективность лечения у 86 больных из 92 пациентов. Через 3 месяца лечения резервными препаратами наступила конверсия мазка мокроты у 74 из 86 больных (86,0%), через 4-6 месяцев – у 7 (8,1%), через 7-10 месяцев – у 5 (5,8%).

Закрытие полостей в легких, в том числе оперативным путем, составила 89,1% - 82 больных из 92 взятых на лечение. Среди больных с первичной устойчивостью – 89,5% (34 из 38), среди рецидивов – 83,3% (15 из 18), среди неудач лечения – 86,9% (20 из 23) и среди хроников – 100% (13 из 13).

Всего закончили лечение с исходом «вылечен» 77 больных из 86 (89,5%), «лечение завершено» - 7 больных (8,1%), «нарушение режима» - 2 (2,3%), «перевод» - 1 (1,2%), умерших больных – нет и снято с DOTS- 5 больных.

#### Литература:

1. Зиновьев И.Т., Эсаулова Н.А., Новиков В.Т. и др. Первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких. // Пробл. туб. и болезней легких. – 2009. - №4. – С. 37-39.

2. Карпина Н.Л., Коссий Ю.Е., Федорова В.И. и др. Эфферентная терапия в лечении больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью микобактерий // Туберкулез и болезни легких. – 2010. - №3. – С. 28-34.

3. Игембаева К.С., Игембаева Р.С., Селиханова Н.К. и др. Лекарственно – устойчивый туберкулез легких // Наука и здравоохранение. Семей- 2012. №1. С. 28-29.

#### Тұжырым

### DOTS-PLUS ТӘСІЛІМЕН КОМПЛЕКСТІ ЕМДЕЛГЕН МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТТІ ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМІНІҢ НӘТИЖЕСІ

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, О.А. Горковенко, Р.К. Бихиянова,  
Н.К. Селиханова, Л.И. Жунускалиева, А.А. Измаилова, Д.М. Кадырбаева  
Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Мультирезистентті өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың арасында туберкулездің жайылған түрі және өкпесінде кавернасы бар сонымен қатар асқынуы бар аурулар жиі кездеседі. Бұл науқастарды емдеуге, туберкулезді емдеуге қолданылатын дәрілердің екінші қатарға (резервтегі) жататын түрін қолдану ем нәтижесін жоғарлатады. Комплексі емдеудің нәтижесінде туберкулез қоздырғышын 86 науқастың 85-і (98,8%) шығаруын тоқтатты. Өкпеде кавернасы бар емдеуге алынған 92 науқастың 82-де (89,1%) каверна жабылды, дәрілерге біріншілік төзімділігі бар 38 науқастардың 34-де (89,5%), жазымсыз аяқталуы бар 23 науқастың 20-да (86,9%), қайталап ауырған 18 науқастың 15-де (81,3%) және өкпе туберкулезінің созылмалы түрімен ауыратын 13 науқастың 13-де (100%) өкпедегі каверналар жабылды. Емнің нәтижесін уақытында қолданылған хирургиялық емдеу тәсілдері жоғарлатады.

#### Summary

### EFFICIENCY OF COMPLEX THERAPY AT THE TREATMENT OF SICK PERSONS WITH MULTIRESISTANT TUBERCULOSIS IN DOTS-PLUS MODE

K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, O.A. Gorkovenko, R.C. Bihayanova,  
N.K. Selihanova, L.I. Zhunuskaliyeva, A.A. Izmailova, D.M. Kadyrbaeva

Thereby sick persons with multiresistant forms of lung tuberculosis is difficult category, among this category predominate patients with wide-spreaded destructive processes and presence of complications.

Applying the medicines of reserve group at treatment of patients with resistant tuberculosis, who received adequate therapy, had shown the high clinical efficacy. Conversion of swab was received at 85 from 86 patients (98.8%). Cavities of destruction were closed at 82 from 92 treated patients (89.1%), but patients with primary drug resistance – 89.5% (34 from 38), at patients with unfavorable outcomes 86,9% (20 from 23), at patients with recidives - 81,3% (15 from 18), at patients with chronic form of tuberculosis - 100% cases (13 from 13). At the increasing of efficacy of the treatment patients with multiresistant forms of tuberculosis plays important role appropriate surgical treatment (in time), applying of pathogenic and symptomatic therapy (medicines).



УДК 616.517.8

С.М. Адильгожина, М.С. Адильгожин, М.К. Исадилова, Ж.Т. Сабитов

Государственный медицинский университет города Семей

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОМЕТОКСА ПРИ ПСОРИАЗЕ

## Аннотация

Полученные результаты свидетельствуют о клинической эффективности и хорошей переносимости препарата. Крем мометокс можно рекомендовать для лечения псориаза.

**Ключевые слова:** дерматология, псориаз, топическая терапия.

Несмотря на прогрессивные достижения медицины последних десятилетий, псориаз по-прежнему остается актуальной медико-социальной проблемой современной дерматологии, привлекающей пристальное внимание специалистов всего мира. Повышенный интерес к дерматозу объясняется рядом существенных объективных причин, наиболее важными из которых являются значительная распространенность заболевания, неясность этиологии и многих вопросов патогенеза, несовершенство существующих методов лечения.

По данным разных исследователей, псориазом страдает 1-7% населения земного шара, в некоторых регионах Казахстана – до 10%. Его доля в структуре стационарных дерматозов в странах СНГ составляет 15-20%, а по Республике Казахстан даже 22,4%. Поражая преимущественно лиц молодого возраста, заболевание характеризуется длительным, упорным, рецидивирующим течением, и, в связи с этим, сопровождается высокими экономическими затратами на лечение данной категории больных и выплату пособий по временной и стойкой утрате трудоспособности.

В настоящее время возможности лечения дерматоза базируются на четырех направлениях: наружная терапия, системное лечение, физиотерапевтическое воздействие и использование комбинированных методик [1, 2, 3, 4, 5].

Мометокс – синтетический глюкокортикостероид (ГКС), оказывающий противовоспалительное, противоэдематозное, антиэкссудативное и сосудосуживающее действие. Противовоспалительное действие объясняется снижением образования, высвобождения и активности медиаторов воспаления (например, кининов, гистамина, липосомных ферментов, простагландинов, лейкотриенов), что снижает начальные проявления воспалительного процесса. Кортикостероиды подавляют скопление и дальнейшую миграцию клеток в область повреждения, а также устраняют повышенную проницаемость сосудов в области повреждения, что снижает доступ клеток в участки повреждения тканей. Сосудосуживающее действие снижает отечность и дискомфорт. Иммунодепрессивные свойства препарата способствуют снижению ответа на реакции повышенной чувствительности немедленного и замедленного типа (например, реакции III и IV типа). Это происходит в результате подавления токсического действия, вызываемого комплексами «антиген-антитело», оседающими на стенках сосудов с развитием васкулита, и в результате подавления действия лимфокинов, целевых клеток и макрофагов, вместе вызывающих реакции аллергического контактного дерматита. Дополнительно, кортикостероиды также могут предотвращать доступ сенсибилизированных Т-лимфоцитов и макрофагов в целевые клетки. Антипролиферативное действие снижает гиперплазию клеток при псориазе.

**Целью** исследования явилось изучение клинической эффективности крема мометокс производства «Оксфорд Лабораториз Пвт. Лтд.» (Индия) в топической терапии больных с псориазом.

**Результаты.** Под наблюдением находилось 48 больных вульгарным псориазом в возрасте от 18 до 56 лет. Из них осенне-зимний тип дерматоза констатирован у 17 человек (35,4%), весенне-летний – у 8 (16,7%), недифференцированный – у 23 (47,9%). У всех пациентов (48 человек; 100%) диагностирована прогрессирующая стадия заболевания. Давность заболевания колебалась от 3 месяцев до 33 лет. Степень распространенности и тяжести псориаза до лечения у больных PASI составляло  $25,2 \pm 0,5$ ; после лечения  $2,3 \pm 0,2$ . Больные получали комплексное лечение, включавшее традиционные базисные средства терапии: дезинтоксикационные, десенсибилизирующие, антигистаминные, витамины, наружно – крем мометокс. Крем мометокс наносили на пораженные участки кожи один раз в день тонким слоем. Критериями включения пациентов в группу наблюдения являлись: наличие клинически подтвержденного псориаза в прогрессирующей стадии; наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании и соблюдение указаний врача относительно назначенной терапии и проводимых клинико-лабораторных исследований.

У пациентов с лентикулярно-нуммулярным псориазом патологический процесс носил островоспалительный распространенный характер и был представлен типичными розовыми или розово-красными плоскими округлыми папулами с четкими границами, размерами от 1 мм до 2-3 см в диаметре, с ярко-розовым «венчиком роста» по периферии, покрытыми рыхло сидящими серебристо-белыми чешуйками. При поскабливании папул отчетливо выявлялись патогномоничные для псориаза симптомы: «стеаринового пятна», «терминальной пленки», «кровавой росы». Высыпания локализовались на коже волосистой части головы, лица, туловища, разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Поражение волосистой части головы проявлялось диффузным шелушением или резко ограниченными наслоениями чешуек, обеспечивающими при пальпации эффект «маленьких гор».

Согласно полученным нами данным, установлена отчетливая клиническая эффективность крема мометокса у больных лентикулярно-нуммулярным распространенным прогрессирующим псориазом. После первых 4-5 дней проводимой наружной терапии отмечено отсутствие субъективных симптомов заболевания, таких как зуд, жжение, чувство стягивания кожи и болевые ощущения.

В дальнейшем на 8-10 день происходила трансформация ярко-розового цвета папул в блеклые тона



и их уплощение. На эффоресценциях шелушение распространялось на всю поверхность папулы, исчезал периферический венчик, свободный от шелушения - венчик роста папул (ободок Пильнова), прекраща-

лось появление свежих высыпаний и увеличение существующих папул в размере. То есть заканчивалась прогрессивная стадия дерматоза и оформлялось его стационарное течение.



Рисунок 1. До лечения.



Рисунок 2. После лечения.

В процессе применения крема мометокс на 12-15 день уменьшалось или полностью прекращалось шелушение папул, начиналось разрешение инфильтрата, появлялся псевдоатрофический ободок Воронова, поблекли и уплотились высыпания в местах раздражения и появление изоморфной реакции (симптом Кебнера). Не вызывались 3 феномена псориаза и симптом Кебнера.

На 15-17 дни у больных получавших крем мометокс почти все элементы сыпи находились в состоянии разрешения: милиарные и лентикулярные папулы исчезли, при обратном развитии нумулярных высыпаний из центра образовывались кольцевидные и полукольцевидные фигуры с разрешившимся центром. Часть нумулярных папул сразу распадалась на более мелкиелентикулярные, между которыми появлялась здоровая кожа.

На 21-26 дни происходило полное разрешение всех морфологических элементов сыпи, и была четко выражена вторичная лейкодерма (см рис. 1-2).

**Выводы.**

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о клинической эффективности и хорошей

переносимости препарата. Крем мометокс можно рекомендовать для лечения псориаза.

**Литература:**

1. Батпенов Г.Р., Таркина Т.В. О месте клобетазолапропионата в практике дерматолога // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2010, №3-4. – С. 21-22.
2. Оразымбетова Д.А., Толыбекова А.А. Препараты «АВЕН» в терапии псориаза // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2010, №3-4. – С. 46.
3. Кочергин Н.Г. Псориаз, дайвобет и приверженность к лечению // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2010, №3-4. – С. 23.
4. Емельянов В.В., Оспанова С.А. Опыт применения препарата латикорт в топической терапии псориаза // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2009, №3-4 (39-40). – С. 71-73.
5. Емельянов В.В., Баев А.И. Ретроспективный сравнительный анализ затрат и эффективности трех разных схем наружной терапии вульгарного псориаза (кальципотриол / бетаметазондипропионат в сравнении с бетаметазонадипропионат/ салициловой кислотой и кальципотриолом) // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2010, №1-2 (41-42). – С. 40-43.

**Тұжырым**

**ПСОРИАЗДЫ МОМЕТОКСПЕН ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІ**

**С.М. Адильгожина, М.С. Адильгожин, М.К. Исадилова, Ж.Т. Сабитов**  
**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті**

Ғылыми зерттеулердің нәтижесі мометокс препараты арқылы псориазды топикалық терапиямен емдеудің клиникалық тиімділігімен толерантылығын дәлелдеді.

**Summary**

**EFFECTIVENESS OF DRUG "MOMETOX" IN PSORIASIS**

**S.M. Adilgozhina, M.S. Adilgozhina, M.K. Isadilova, Zh.T. Sabitov**  
**State Medical University of Semey**

Research results indicate clinically well tolerance of the patients to the drug "Mometox" in psoriasis.

ӘОК 615.076

А. Мергентай

Астана қаласы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы

## КӨПБЕЙІНДІ СТАЦИОНАРЛАРДЫҢ МИКРОБ ПЕЙЗАЖЫНА ТАЛДАУ

## Тұжырым

Ең жиі кездесетін 17 микроорганизмдерге жүргізілген талдау ҰҒМО ауруханасының микробтық пейзажының  $78,6 \pm 4,6\%$  құрайтынын көрсетті. Бұл көрсеткіш статистикалық тұрғыда өте мәнді, соңғы он жылда өзгермегені көрсетілді.

**Негізгі сөздер:** ауруханаішілік инфекция, микробтық пейзаж.

Ауруханаішілік инфекциялар (АИИ) жалпы денсаулық сақтау саласының маңызды мәселелерінің бірі болып табылады. Ауруханаішілік инфекциялар емдеу-профилактикалық мекемелерінде қаралу, тексерілу, емделу және медициналық көмек көрсетілген кезінде дамиды. Дүниежүзінің әртүрлі елдерінде жүргізілген зерттеулер бойынша ауруханаішілік инфекция госпитализацияның жиі кедергілерінің бірі болып табылғанын көрсетеді [1,2].

Ауруханаішілік инфекция қоздырғыштарына микроорганизмдердің барлық топтары жататыны: бактерия, вирустар, саңырауқұлақтар және қарапайымдылар. Адамдарда ауру тудыратын негізгі қоздырғыш алтын түсті стафилококк болып табылады. Аурухана ішілік инфекция қоздырғыштарға саңырауқұлақтар арасында жиірек кездесетін *Candida* туысы, сонымен бірге пневмоцистер де жатады [3,4].

Жалпы зерттеу жұмыстың мақсаты Астана қаласының емдеу-профилактикалық мекемелерде ауруханаішілік инфекциялардың пайда болу себептерін анықтау үшін көпбейінді стационарлардың микроб пейзажына талдау жүргізу.

Зерттеу материалдары Астана қаласының көпбейінді Ұлттық ғылыми медициналық орталықтағы (ҰҒМО) ауруханаішілік инфекциялардың микроб пейзажына негізделген.

Зерттеу нәтижесінде Ұлттық ғылыми медициналық орталығында жүргізілген микробиологиялық зерттеулер нәтижелеріне талдау жасалынды.

Жасалынған талдаулар науқастардан алынған биоматериалдың түріне байланысты микробтық пейзажына мониторинг жүргізілді. Ең алдымен клиникадағы микробтық пейзаждағы қоздырғыштардың түріне қарай талдау жасалынып, әр жылдары түрлі қоздырғыштардың 58-123 түрі сөбілгені анықталған. Жиі кездесетін микроорганизмдердің 17 түрі анықталды, олар аталған емдеу мекемесінің микробтық пейзажының  $\frac{3}{4}$ -ін құрайды.

2002-2009 жылдар аралығында ҰҒМО болған науқастар микрофлорасының динамикасы бойынша өте жиі кездескен микроорганизм *S.epidermidis* болды, ол орта есеппен науқастардың  $13,2 \pm 3,6\%$ -да сөбіледі. Бұл қоздырғыштың кездесу жиілігі 2002-2006 жылдар аралығында бірден өскенін ( $p < 0,05$ ) байқауға болады. Келесі жылдарда бұл микроорганизмнің кездесу жиілігі төмендегені байқалды, соңғы екі жылда *Str.pneumoniae* микроорганизмі осы қоздырғыштың орнын басқан.

Зерттеу жүргізілген жылдары екінші орынды *Str.pneumoniae* қоздырғышы ҰҒМО-да стационарлық емдеуде болған науқастардың  $10,9 \pm 3,3\%$ -да анықталған. Егер 2002 жылы осы қоздырғыш 10-орынды иеленсе, 2005 жылы сәйкесінше 5-орында

болды, ал 2009 жылы жүргізілген микробиологиялық зерттеу мәліметтері бойынша, осы қоздырғыш өте жиі сөбілетін микроорганизм болғаны анықталды.

Кездесу жиілігі бойынша үшінші орында шартты-патогенді микроорганизм *Escherichia coli* ( $9,9 \pm 3,1\%$ ). Зерттеу жүргізілген жылдарда осы қоздырғыштың кездесу жиілігі біршама тұрақты және статистикалық мәні өзгермеген. 2002 жылы қоздырғыш 2-орынға шықса, 2005-2009 жылдары 3-орында болды. Өте жиі кездесетін келесі қоздырғыштың бірі ( $9,1 \pm 3,0\%$ ) *Staph. haemolyticus*. 2002 жылдан 2006 жылға дейін осы микроорганизмнің кездесу жиілігі 2,4% жоғарласа, келесі жылдары біртіндеп 5,9%-ға төмендегені анықталған.

ҰҒМО-да зерттеу жүргізілген жылдарда науқастарда *S.aureus* қоздырғышының кездесу жиілігі біршама тұрақты болды. 2002 жылы алтын түсті стафилококк 5-орында, 2005 жылы 6-орында, 2009 жылы 5-орында болды. Қоздырғыштардың жалпы санымен салыстырғанда *Staph.aureus* микроорганизмінің кездесу жиілігі 2002, 2005 және 2009 жылдары сәйкесінше  $7,6 \pm 2,8\%$ ,  $5,1 \pm 2,3\%$ ,  $6,2 \pm 2,5\%$ -ды құрады. 2007 жылдан бастап Ұлттық ғылыми медицина орталығында *Moraxella catarrhalis* қоздырғышын анықтау мүмкіндігі пайда болды. Көрсеткіштердің талдау мәліметтері бойынша, 2007 жылдан бастап бұл жиі таралған микроорганизмдердің бірі болғаны анықталды.

Ең жиі кездесетін 17 микроорганизмдерге жүргізілген талдау ҰҒМО ауруханасының микробтық пейзажының  $78,6 \pm 4,6\%$  құрайтынын көрсетті. Бұл көрсеткіш статистикалық тұрғыда өте мәнді, соңғы он жылда өзгермегені көрсетілді. Осылайша инфекциялардың этиологиялық құрылымын зерттей отырып, жетекші рөлді стафилококктар алатынын олардың ішінде жиі кездесетін қоздырғыш *S. aureus* екенін айта кеткен дұрыс.

## Әдебиеттер:

1. Danchaivijitr S. and Chokloikaew S. A national prevalence study on nosocomial infections // J. Med. Ass. Thai. - 1989. - 72: - P. 1-5.
2. Pall G. and Petras G. Information data on the incidence of nosocomial infections in Hungary // Orv. Hetil. - 1990. - 131: - P. 11-14.
3. Котова А.Л. Клиническая микробиология // Методические указания. - Алматы. - 2004. - 162 с.
4. Абазбекова К.Т., Аблаева А.П., Морозов В.Л. Бактериологическая характеристика гнойных процессов в современной хирургической клинике // Здравоохранение Киргизии. - 1990, №3. - С. 43-48.
5. Веселов А.Я. Микрофлора гнойно-воспалительных очагов хирургических больных и чув-

ствительность ее к антибиотикам // Антибиотики и химиотерапия. – 1990, №1. - С.41-43.

6. Аушахметова З.Т. Микробиологические аспекты инфекционного контроля в лечебно-профилактических

учреждениях города Астаны // Автореферат канд. диссерт. – Астана, 2009. – 26 с.

#### Резюме

### АНАЛИЗ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРОВ

А. Мергентай

Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана

В Национальном научном медицинском центре выявлено 17 часто встречающихся микроорганизмов, и что микробный пейзаж составляет 78,6±4,6%. Эти показатели на статистическом подходе очень важны, за последние десять лет они не изменились.

#### Summary

### ANALYSIS OF THE MICROBIAL LANDSCAPE OF MULTI-HOSPITAL

A. Mergentay

Republican Centre for Health Development, Astana city

The National Research Medical Center identified 17 common microorganisms, and that the microbial landscape of 78,6±4,6%. These indicators are a statistical approach is very important, in the last ten years they have not changed.

УДК 615.076

Е.М. Смаил<sup>1</sup>, И.Л. Кадышева<sup>2</sup>, Б.Д. Даутканова<sup>3</sup>

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы<sup>1</sup>

Городская клиническая инфекционная больница им. И.Жакеновой, г.Алматы<sup>2,3</sup>

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ГОРОДЕ АЛМАТЫ

(по материалам ГКИБ им. С. Жакеновой г. Алматы)

#### Резюме

В статье представлены результаты анализа госпитализированных больных с сальмонеллезной инфекцией по материалам дифференциально-диагностического отделения №4 ГКИБ г. Алматы им. И. Жакеновой. Рассмотрена документация по всем случаям сальмонеллеза в отделении в 2006-2010 годах, проанализированы отчеты бактериологической лаборатории за этот период.

Данные, представленные в отчетах за 2006-2010 гг. по бактериологическим исследованиям отдела кишечных инфекций бактериологической лаборатории ГКИБ, свидетельствуют о том, что, не смотря на определенное снижение заболеваемости в 2006 г., сохраняется тенденция к ее росту в 2007 г. и в последующих годах с некоторым уменьшением числа зарегистрированных в 2008 г., в этиологической структуре сальмонеллезной инфекции доминировала *S. enteritidis*, на долю которой пришлось 71,7% случаев, в возрастной структуре отмечено, что молодые люди в возрасте 16-23 года и лица старше 60 лет наиболее часто подвергнуты риску заболеть сальмонеллезом, и что для сальмонеллеза не всегда характерен сезонный характер заболеваемости.

**Ключевые слова:** сальмонеллез, эпидемиология, бактериологический анализ/

Особая актуальность проблемы сальмонеллезозов определяется продолжающимся ростом их удельного веса в инфраструктуре кишечной патологии (Бухарин О.В. и др., 2000г., Фельдман С.З. и др., 2003г.). Повсеместно наблюдаемые изменения в этиологии сальмонеллезной инфекции сопровождаются сменой путей ее распространения и изменением клинико-эпидемиологических проявлений (Бухарин О.В. и др., 2000г., Мирисмаилов М.М. и др., 2002, Тапальский Д.В. и др., 2004г.).

В отличие от большинства кишечных инфекций сальмонеллезы наиболее широко распространены в крупных благоустроенных городах, к каким относится и г.Алматы, в странах, характеризующихся высоким уровнем экономического развития, что позволяет отнести их к группе «болезней цивилизации».

С этой целью нами проведен анализ госпитализированных больных с сальмонеллезной инфекцией по материалам дифференциально-диагностического отделения

№4 ГКИБ г.Алматы им. С.Жакеновой. Рассмотрена документация по всем случаям сальмонеллеза в отделении в 2006-2010 годах, проанализированы отчеты бактериологической лаборатории за этот период. Всего за эти 5 лет в стационаре пролечено 2817 больных с диагнозом сальмонеллез. Клинический диагноз ставился на основании основных клинико-эпидемиологических данных, использовалась классификация с разделением на локализованные и генерализованные формы болезни.

Наибольшее количество больных сальмонеллезом было зарегистрировано в 2007 (773) и 2009 (625) гг., что составило 27,4% и 22,1% соответственно от общего числа заболевших. В 2006 г., напротив, число пациентов с сальмонеллезом оказалось меньше всего за все анализируемые годы – 294 (10,4% от общего количества госпитализированных), в оставшихся 2-х годах: 2008 и 2010 распределение больных было 523 (18,5%) и 602 (21,3%) соответственно. Статистические данные

свидетельствуют о том, что не смотря на определенное снижение заболеваемости в 2006 г., сохраняется тенденция к ее росту в 2007г. и в последующих годах с некоторым спадом числа зарегистрированных в 2008 г. Поскольку ГКИБ г.Алматы является стационаром для взрослого населения, основную часть заболевших составили взрослые пациенты в возрасте - от 16 до 67 лет. Возрастная структура заболевших наглядно демонстрирует зависимость риска заболевания от возраста пациента, чем моложе (средний возраст 16-23 года) или старше 60 лет больные, тем он выше. Преимущественно поражены пациенты в возрасте 16-23 года и старше 60-ти лет, среди заболевших в 2006-2010 годах их было 50,2% и 40,7% соответственно. В 2004 году по сравнению с 2005 годом возрастная структура болевших претерпела некоторые изменения. Наряду с уменьшением удельного веса молодого возраста (16-23 года), вырос удельный вес больных более старшего старшего возраста, в то же время подобная картина с числом заболевших наиболее значимо отмечена в 2010 г.

Особенности возрастной структуры определили преобладание среди всей совокупности заболевших студентов колледжей, ВУЗов, на долю которых в 2006 году пришлось 47,0% случаев, а в 2007 г. – 52,2 %, в 2008 – 49,45%, в 2009 – 54,1%, в 2010 – 56,1%. Соотношение мужчин и женщин среди заболевших в 2006 году составляло 54,0% к 46,0%, в 2007 году - 48,7% к 51,3%, в 2008 г. – 51,0% к 48,7%, в 2009 г. – 46,7% к 53,3%, в 2010 г. – 48,4% к 51,6%.

Данные, представленные в отчетах за 2006-2010 г. по бактериологическим исследованиям отдела кишеч-

ных инфекций бактериологической лаборатории ГКИБ (таблица 1), свидетельствуют о том, что в этиологической структуре сальмонеллезной инфекции доминировала *S. enteritidis*, на долю которой пришлось 71,7% случаев.

Так, в 2006 г. из общего количества проб *S. enteritidis* выделена в 305 пробах, *S.newport*- в 12, *S. группы B-20, группы D – 38, группы C1-67, C2 -43, S.typhimurium -2, S.virchov- 4, S.heiderberg -2, S.infarstig-1, S.ред.групп-11*. При этом в следующем 2007 г. бактериологический пейзаж в 2,0 раза больше в сравнении с 2006 г. (305) был обусловлен количеством *S. enteritidis* (603 культуры), в том же году сальмонеллы редких групп выделены в 169 культурах, как и сальмонелл групп *D, C1, C2*; при анализе последующих лет сальмонеллы этих групп зарегистрированы с тенденцией к снижению, здесь же необходимо привести число выделенной *S.virchov – 83*. Микробиологический пейзаж сальмонеллезной инфекции в 2009-2010 г. представлен довольно высоким выделением *S.newport* (166), отмечено уменьшение в 2 раза по сравнению с 2007 г. высевы *S.virchov* (47); необходимо отметить, что такие культуры, как *S.heiderberg, S.infarstig* в отчетах бактериологической лаборатории или не регистрировались вообще, или были в единичных случаях. Пейзаж сальмонеллезной инфекции в 2009-2010 г. обусловлен практически одинаковой регистрацией *S.typhimurium, S.sp.C1,S.sp.C2*, некоторым увеличением *S. Enteritidis* и *S.virchov* в 2010 в сравнении с 2009 гг., здесь необходимо констатировать достоверное увеличение удельного веса *S.newport* в анализируемых последних 2-х годах.

Таблица 1.

**Данные по бактериологическим исследованиям на сальмонеллез отдела кишечных инфекций бактериологической лаборатории ГКИБ за 2006 г.**

Годы	<i>S. enteritidis</i>	<i>S. newport</i>	<i>S. гр.В</i>	<i>S. гр.Д</i>	<i>S. гр.С1</i>	<i>S. гр.С2</i>	<i>S. typhimurium</i>	<i>S. virchov</i>	<i>S. heiderberg</i>	<i>S. infarstig</i>	<i>S. ред.групп</i>		
2006	305	12	20	38	67	43	2	4	2	1	11	938	505
2007	603	89	169	164	231	242	40	83	-	-	9	3195	1651
2008	811	166	16	19	40	49	67	47	-	-	4	2363	1233
2009	570	27	6	35	8	9	64	25	3	-	111	1555	865
2010	701	113	10	43	13	14	46	41	-	-	41	1980	1024

При выяснении путей и факторов заражения бруцеллезом было установлено,

В течение анализируемых 5 лет изменилось и соотношение клинических форм. В 2006 г. по сравнению с 2007 г. вырос удельный вес гастроэнтерита с 25,7% до 53,3%, в 2008, 2009 гг. по сравнению с 2010 г. снизился удельный вес клинических форм, протекающих с поражением толстого кишечника, - гастроэнтероколита и энтероколита с 35,3% до 19,2% и с 35,2% до 13,7% соответственно. Данные анализа помесечного поступления заболевших в отделение позволили изучить характер внутригодового распределения заболеваний сальмонеллезом. В 2006-2007 гг. превышение среднегодового уровня заболеваемости отмечалось с января по июнь с пиком в феврале. В этот период было госпитализировано 80,3% больных, т.е. в 3,9 раз больше, чем в остальные месяцы года. В 2008 году помесечная динамика заболеваемости имела совершенно иной характер. Превышение среднегодового уровня наблюдалось трижды в течение года, наиболее значимое - с мая по июль, когда было госпитализировано 44,4% заболевших в течение года. Пик годовой заболеваемости зафиксирован в мае. В 2009 и в 2010 гг. некоторое превышение среднегодового уровня отмечалось также в январе и в октябре - ноябре. Суммарно в течение указанных меся-

цев было зарегистрировано 65,6% всех случаев заболеваний, т.е. в 2,9 раз больше, чем в остальные месяцы года.

Таким образом, проведенные аналитические исследования сальмонеллеза в г.Алматы позволяют сделать следующие выводы:

1. Не смотря на определенное снижение заболеваемости в 2006 г., сохраняется тенденция к ее росту в 2007г. и в последующих годах, с некоторым уменьшением числа зарегистрированных в 2008 г.

2. В микробном пейзаже пролеченных больных сальмонеллезом превалирует выделение *S. enteritidis* и *S.typhimurium*.

3. В возрастной структуре отмечено, что молодые люди в возрасте 16-23 года и лица старше 60 лет наиболее часто подвергнуты риску заболеть сальмонеллезом.

4. Для сальмонеллеза не всегда характерен сезонный характер заболеваемости.

**Литература:**

1. Дорощева И.К. и др. Актуальные проблемы инфекционной и неинфекционной патологии. Ростов-на-Дону, 2005. – С. 67 – 68.

2. Покровский В.И., Черкасский Б.Л. Сальмонеллезы. – М., АО «Медицинская газета», 1995. – 224 с.
3. Пак С.Г., Данилкин Б.К., Волчкова Е.В., Аленов М.Н. Инфекционные болезни: справочник. – ОО Медицинское информационное агентство», 2008. – 386 с.
4. Лобзин Ю.В., Филогеев Ю.П., Захаренко С.М. Справочник семейного врача. Инфекционные болезни. СПб.: Издательство «Диля», 2005. – 464 с.
5. Богомолов Б.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. – М.: ООО «Дизайн-Пресс», 2000. – 232 с.
6. Васильев Б.Я., Васильева Р.И., Лобзин Ю.В. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция. – Серия «Мир медицины». – СПб: Издательство «Лань», 2000. – 272 с.

#### Тұжырым

### АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗДІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ МІНЕЗДЕМЕСІ (Алматы қаласы И.Жакенова атындағы ҚКИА мәліметтері бойынша) Е.М. Смаил, И.Л. Кадышева, Б.Д. Даутканова

**С.Д. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы**

**И.С. Жакенова атындағы қалалық клиникалық жұқпалы аурулар ауруханасы, Алматы қаласы**

Статьяда Алматы қ. И. Жакенова атындағы ҚКИАның №4 дифференциальды-диагностикалық бөлімшесінің мәліметтері бойынша сальмонеллезды инфекциямен госпитализациялаған науқастардың анализінің нәтижелері берілген. Бөлімшеде 2006-2010 жылдардағы сальмонеллезға қатысты барлық жағдайлардың құжаттары қарастырылып, осы кезеңдегі бактериологиялық зертханалардың есептері анализден өткізілген.

2006-2010 жж. берілген есептер бойынша ҚКИА ішекті инфекциясының бөлімінің бактериологиялық зертханасының бактериологиялық зерттеуінің ұсынған деректері, келесіні айғақтайды, 2006 ж сырқаттанудың төмендеуіне қарамастан, 2007ж үрдістің өсуі, және 2008ж тіркелгендер науқастар саны азаятын, сальмонеллезді инфекцияның этиологиялық құрылымда *S. enteritidis* доминерленген, оның сыбасына 71,7% уақиғалар сәйкес келеді, жастық құрылымда белгіленген: 16-23 жас арасындағы жастар, 60 жастан жоғары қарттар ең жиі сальмонеллезбен ауыруына қауып тобына жатады, және сальмонеллезге маусымдық мінездеме тән емес.

#### Summary

### EPIDEMIOLOGICAL AND BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SALMONELLOSIS IN ALMATY (according to the I. Zhakenova MCID, Almaty) E.M. Smail, I.L. Kadysheva, B.D. Dautkanova

**S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty**

**I. Zhakenova Municipal Clinical Hospital of Infectious Diseases, Almaty**

The analysis of hospitalized patients with Salmonella infection based on the differential-diagnostic department № 4 Municipal Clinical Hospital for Infectious Diseases, Almaty presented in this paper. Documentation of all cases of salmonellosis in the department in 2006-2010 is considered. Records of bacteriological laboratory analyzed over the period.

The data presented in reports for 2006-2010 indicate that in 2006 there was a certain reduction in the incidence, in 2007 remains a tendency to increase, in 2008 - a decrease in the number of registered patients. In the etiological structure of Salmonella infection was dominated by *S. enteritidis* (71,7% of cases). The age structure indicated that young people aged 16-23 years and persons over 60 years most at risk of contracting salmonella. The seasonal nature of the disease is not always typical of salmonellosis.

УДК 616.831-002-616.523

Ф.Г. Сайфуллина, С.К. Дуkenова, А.К. Бекжанова, Н.М. Сапаргалиева, Б.Б. Кужахметова

КГП на ПХВ «Городская больница №1» УЗ ВКО Акимата, г. Усть-Каменогорск

### ВИРУСНЫЕ ЭНЦЕФАЛИТЫ, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

#### Аннотация

В данной статье отражена актуальность герпетической инфекции на современном этапе. Приведены клинические примеры герпетических энцефалитов, как проявление тяжести течения заболевания. Обращено внимание практических врачей на возможные диагностические ошибки.

**Ключевые слова:** инфекционные болезни, вирусные энцефалиты, герпетическая инфекция, диагностические ошибки

Герпетическая инфекция объединяет группу заболеваний, возбудителями которых являются вирусы простого герпеса (ВПГ-1 и ВПГ-2) и характеризующихся преимущественно поражением кожи, слизистых оболочек, ЦНС и склонностью к хроническому, рецидивирующему течению.

Заболевания, вызванные ВПГ-1 и ВПГ-2, отличаются полиморфизмом клинических проявлений.

Так, ВПГ-1 является причиной таких заболеваний как острый герпетический гингивостоматит, Herpes labialis et nasalis, кожные поражения (герпетический дерматит, герпетическая экзема, травматический герпес),

поражение глаз (конъюнктивит, кератоконъюнктивит, кератит, иридоциклит), энцефалит, гепатит, генерализованная герпетическая инфекция.

ВПГ-2 является причиной таких заболеваний, как: генитальный герпес, герпетическая диссеминированная инфекция новорожденных, энцефалит. Герпетические заболевания протекают по двум вариантам: I - острые формы, которые имеют либо локализованный, либо генерализованный характер; II - хроническая, рецидивирующая форма. Данная форма герпетической инфекции трудна в диагностике, встречается в любом возрасте у лиц, ранее перенесших бессимптомную или острую форму герпеса. Рецидивы встречаются на фоне циркулирующих противовирусных антител в связи с реактивацией вируса, находящегося в организме в неактивном состоянии. В процессе реактивации снимается регуляторная блокировка, которая приводит вирус в активное состояние. Механизм этого процесса еще не изучен достаточно. Предрасполагающими факторами являются: другие острые респираторные инфекции, обострение тяжелых соматических заболеваний, физический и эмоциональный стресс, другие факторы, способствующие снижению иммунитета [1].

Как первичная, так и рецидивирующая инфекции внутри нервной системы вызывают быстро протекающие тяжелые энцефалиты с высоким процентом летальности.

Наиболее четко статистика герпетических инфекций налажена в США, где ежегодно регистрируется 98 000 000 случаев, из них 5 000 герпетических энцефалитов.

Не является исключением и Республика Казахстан. Ежегодно по области и городу регистрируются серьезные менингиты, этиологический фактор которых не установлен в связи с трудностями лабораторной и инструментальной диагностики. Герпетические энцефалиты входят в эту группу заболеваний. Судить о частоте герпетических энцефалитов сложно, так как трудно установить этиологический фактор. Большинство авторов считают, что причиной тяжелых вирусных энцефалитов является ВПГ-1 а ВПГ-2 представляет угрозу для репродуктивного здоровья населения.

По данным Департамента здоровья США, герпетические энцефалиты составляют 5% от всей герпетической инфекции [2].

Герпетические энцефалиты не имеют четкой сезонности, не зависят от пола и возраста, хотя дети младшего возраста наиболее уязвимы для данной инфекции.

ВПГ вызывает грубые деструктивные изменения в мозговой ткани и периферической нервной системе в виде глиофиброза. Единственным источником и резервуаром герпетической инфекции является человек (вирусоноситель или больной любой формой заболевания). Воратами инфекции служат слизистые оболочки и кожа. Основными путями передачи являются: воздушно-капельный, половой, трансплацентарный (ВПГ-2), контактно-бытовой. Герпетическая инфекция имеет широкое распространение и регистрируется повсеместно. Инфицированность населения ВПГ - 90% среди взрослых, однако проявляется клинически лишь у 20%.

В настоящее время имеется тенденция к росту герпетической инфекции во всем мире, что в первую очередь связано с нарушениями в иммунной системе. К сожалению, на территории СНГ нет четкой статистики герпетической инфекции. В основном учитываются такие формы заболевания, как ветряная оспа, опоясывающий лишай, инфекционный мононуклеоз, возбудители, которых также относятся к группе герповирусов.

Что касается заболеваний, вызванных ВПГ-1 и ВПГ-2 то многие их формы статистически не учитываются.

Поэтому актуальность данной патологии имеет значение в современной диагностике, лечении и прогнозе [3, 4].

Практические врачи любой специальности сталкиваются с герпетической инфекцией и обязаны знать эту патологию.

Предлагаем к Вашему рассмотрению 2 случая герпетической инфекции протекающих, в форме герпетического энцефалита с тяжелым течением. В обоих случаях имеет место позднее поступление в неврологический стационар, трудности как клинической, так и лабораторной диагностики. В одном случае - тяжелое течение с выраженными остаточными явлениями со стороны нервной системы, в другом - летальный исход.

**Больная М.** 43-х лет поступила через 2 недели от начала заболевания в неврологическое отделение БСМП с DS «Острое нарушение мозгового кровообращения».

Жалобы при поступлении на общую слабость, головокружение, нарушение работоспособности, дезориентацию, шаткость походки. Началось заболевание постепенно с недомогания, умеренных катаральных проявлений со стороны ротоглотки, субфебрильной температуры.

Ни с чем связать заболевание не может, но отмечала наличие герпетических высыпаний на лице на фоне ранее перенесенных ОРИ.

При объективном осмотре обращает на себя внимание неврологический статус: заторможена, память снижена. Зрачки D=S, центральный парез мимических мышц слева, язык по средней линии. Проба Барре слабо положительна слева. Парез в левых конечностях слева легкой степени, сухожильные рефлексы S>D. Координационные пробы нарушены, геминестезии слева.

Выставлен предварительный DS «ОНМК по типу ишемии в вертебро-базиллярном бассейне с множественными нарушениями. Легкий левосторонний гемипарез, атеросклероз магистральных сосудов головного мозга».

В ОАК в день поступления умеренная гипохромная анемия, умеренная лейкопения ( $\alpha$  -  $3,2 \times 10^9$ ), СОЭ 12 мм/ч. Существенных сдвигов в формуле нет.

ОАМ - без выраженных отклонений. Функциональные пробы печени, почек сохранены.

Ликвор прозрачный, бесцветный. Цитоз 2/3 за счет лимфоцитов, белок 0,066 г/л, реакция Таката-Ара - отрицательная, туберкулезная сетка - отрицательна, хлориды и сахара в пределах нормы.

Осмотрена окулистом, на глазном дне ангиопатия сетчатки с венозным полнокровием.

Исходя из выставленного диагноза назначена патогенетическая терапия: сосудистые препараты, антиоксиданты, антигипоксанты, витамины группы В.

На фоне проведенного лечения состояние больной ухудшилось, через неделю со стороны неврологического статуса нарастает отрицательная динамика: дезориентирована, неадекватна. Зрачки D=S. Недоведение взора в сторону, речь смазана, нарастает парез в левых конечностях до 2 баллов, появляется слабость в правых конечностях. Сухожильные рефлексы S>D. Глотание не нарушено. Соматический статус стабилен.

Продолжено обследование с целью верификации диагноза. R-графия грудной клетки - без патологии, R-графия черепа - признаки внутричерепной гипертензии. В ОАК в динамике нарастает лейкоцитоз до  $10 \times 10^9$  г/л, СОЭ до 25 мм/ч без существенных изменений в формуле. В ликворе через 2 недели цитоз не нарастает, количество клеток 3/3, за счет сегментоядерных. Белок 0,099 г/л, уровень хлоридов и сахаров не изменен. Про-



ведено исследование ликвора на спирохеты для исключения нейросифилиса - результат отрицательный.

На 8-й день госпитализации и через 3 недели от начала заболевания проведена КТ головного мозга, в результате которой в заднеобочном отделе, справа, в левой теменной области выявлены гипотензивные участки неправильной формы, без четких контуров, общими размерами 36x34x40 мм, 34x42x40 мм, плотностью +25,+26 Ег Н.

**Заключение:** необходимо дифференцировать некротический энцефалит и димиелинизирующий процесс в полушариях головного мозга, КТ - через 1 месяц.

Учитывая тяжесть клинического течения заболевания, нарастание грубой неврологической симптоматики, протекающей на фоне выраженного интоксикационного синдрома с субфебрильной лихорадкой и полученные инструментальные и лабораторные данные, отсутствие эффекта от лечения, диагноз ОНМК снят и предположена вирусная этиология заболевания. Назначена консультация инфекциониста и обследование на нейроинфекции, в том числе и вирус герпеса.

Проведен ИФА крови в парных сыворотках. 1-я сыворотка взята через 1,5 месяца от начала заболевания, в которой обнаружены антитела класса G к ВПГ, титр антител составляет 1:800; 2-я сыворотка исследована через 3 недели, в которой титр антител возрос и составлял 1:1600. Данное исследование подтверждает активность герпетической инфекции. Учитывая клиническое течение и данные КТ, выставлен клинический диагноз «Хроническая герпетическая инфекция, герпетический энцефалит, тяжелое течение, спастический тетрапарез, грубее слева, псевдо-бульбарный синдром».

В клиническом течении заболевания на фоне стабильного соматического статуса прогрессирует отрицательная динамика со стороны ЦНС: сознание sopорозное, дизартрия, через месяц от начала заболевания нарушается глотание, тетрапарез глубокий, сухожильные рефлексы высокие, отведение зрения в сторону ограничено. Неврологическая симптоматика протекает на фоне интоксикации, сопровождающейся субфебрильной температурой и мелкоочечными герпетическими высыпаниями на губах и крыльях носа.

По установлению этиологического диагноза и через 1,5 месяца от начала заболевания начата противовирусная терапия: лавир по 800 мгx6 раз в день через зонд. Через 5 дней от начала лечения появилась позитивная динамика: снизилась температура, больная стала более контактной. Через 10 дней от начала лечения начала самостоятельно глотать; через 2 недели к лечению добавлен 2-й противовирусный препарат «Завиракс» в суточной дозе 500 мг в/в капельно, курсом 10 дней. Параллельно проводилась патогенетическая терапия и антибактериальная терапия, симптоматическое лечение.

Выписана через 51 день от момента госпитализации с выраженным регрессом со стороны неврологического статуса: восстановилось сознание, глотание, частично восстановилась речь, восстановились глазные симптомы, снизились сухожильные рефлексы, при сохраняющемся тетрапарезе мышечная сила в конечностях возросла до 3,5-2 баллов.

Контрольная КТ головного мозга с интервалом 40 дней без выраженных существенных изменений. **Заключение:** зоны пониженной плотности полушарий мозга инфекционного, ишемического характера.

Выписана домой с рекомендациями продолжить лечение амбулаторно.

Второй случай герпетической инфекции, закончившийся летально, протекал на фоне выраженных остаточных явлений ранее перенесенного туберкулеза позвоночника.

Приводим клинические наблюдения по второму случаю.

**Больная К.**, 60 лет, поступила в неврологическое отделение БСМП с жалобами на слабость в ногах, головную боль, общую слабость, снижение остроты зрения, задержку мочеиспускания.

Первые симптомы заболевания отмечались 6 месяцев назад, когда появилась слабость в ногах, боли в поясничном отделе позвоночника, онемение в ногах. 3 месяца назад имел место эпизод падения на спину, после чего состояние ухудшилось, последние 1-2 месяца нарастает слабость в ногах, присоединились нарушения функции тазовых органов. Последнюю неделю перестала ходить, со слов родственников у больной была температура.

В анализе - туберкулез позвоночника с последующим кефосколиозом, перенесенный в детстве. Частые ОРВИ с герпетическими высыпаниями на губах, крыльях носа.

При осмотре состояние средней тяжести, оглушена, частично заторможена, речь вялая, смазанная, глотает самостоятельно. Зрачки D=S, горизонтальный нистагм, краевое недоведение зрения, расходящееся косоглазие. Сухожильные рефлексы с рук - живые торпидные, с ног - отсутствуют. Тонус мышц диффузно снижен, сила в руках 4-5 баллов, в ногах до 1-2 баллов, расстройство чувствительности по проводниковому типу от уровня L5, положительные симптомы натяжения, нарушение функции тазовых органов.

Проведены лабораторные и инструментальные исследования. В ОАК отмечается умеренный лейкоцитоз 17,5x10<sup>9</sup>/г/л, СОЭ 10 мм/ч, Hb 151 г/л, формула без существенных сдвигов.

В ОАМ - определяется белок 0,165 г/л. В Б/Х анализе - уровень мочевины до 7,5 ед.

В ликворе в первые дни пребывания в стационаре определяется цитоз 102/3, из них лимфоцитоз 25, белок 0,66 г/л, цвет ксантохромный. Сеточка через 24 ч отрицательна. Уровень хлоридов и сахаров в пределах нормы. Глазное дно - ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу. R-графия легких - патологии не выявлено. КТ головного мозга - гидроцефалия. УЗИ почек - хронический 2х-сторонний пиелонефрит.

Осмотрена фтизиатром: туберкулезный спондилит - клиническое излечение. Обследована на нейроинфекции. В исследовании крови методом ИФА обнаружены антитела класса G к ВПГ, положительные в титре 1:3200.

Осмотрена инфекционистом. Выставлен клинический диагноз: хроническая персистирующая герпетическая инфекция. Герпетический менингоэнцефалит, тяжелое течение, нижний парапарез. Нарушение функции тазовых органов по типу задержки мочи. Отек головного мозга.

С первого дня госпитализации проводилась патогенетическая, антибактериальная терапия. Противовирусная терапия начата на 4-й день пребывания в стационаре. Больная получала лавир по 400 мгx4 раза в сутки.

Проведенное лечение не дало эффекта. Состояние больной ухудшается. Нарастает расстройство сознания по типу глубокого сопора, инструкции не выполняет, дисфагия, дизартрия, парапарез, сухожильные рефлексы снижены. Появляется ригидность затылочных мышц.

Состояние ухудшается с появлением пролежней. В ОАК сохраняется умеренный L-циоз  $10,5 \times 10^4$ , СОЭ 25 мм/г, существенных изменений в формуле нет. В ликворе цитоз на уровне 122/3, сегментоядерных 107, белок 0,825 г/л, уровень сахаров снижен до 0,5 ммоль/л.

На 18-й день пребывания в стационаре на фоне нарастающей клиники отека головного мозга происходит остановка сердечной деятельности. Констатирована смерть.

#### Выводы:

1. В рассмотренных клинических случаях имеет место тяжелое течение хронической герпетической инфекции, протекающей по типу энцефалита и менингоэнцефалита.

2. В обоих случаях имело место позднее поступление больных в стационар, что отразилось на тяжести течения заболевания и связано с поздней диагностикой на амбулаторном этапе, поэтому этиотропное лечение начато в поздние сроки от начала заболевания.

3. В первом случае противовирусная терапия дала положительный эффект, так как сроки диагностики и длительность заболевания были короче. Во втором случае заболевание диагностировано спустя 6 месяцев от его начала, что способствовало отсутствию эффекта от этиотропного лечения. Кроме того, тяжелая сопутствующая патология и возраст больной снизили иммунную защиту организма.

4. Данные случаи расценены как спорадические, а об истинной распространенности герпетической инфекции судить сложно в связи с отсутствием настороженности практических врачей к этой группе заболеваний,

трудностью лабораторной и инструментальной диагностики, которая обусловлена высокими затратами, кроме того, не налажен статистический учет герпетических заболеваний.

5. Ранняя диагностика и своевременное противовирусное лечение любых форм герпетических инфекций, но особенно острых форм, снижает процент тяжелых и летальных случаев, риск осложнений и нежелательных последствий после перенесенного заболевания.

6. Больные, перенесшие генерализованные формы заболевания, требуют длительного диспансерного наблюдения и реабилитации.

7. Для эффективности лабораторной диагностики необходимо использование современных методов, таких как: ИФА, ПЦР, РИФ, цитологические. Из инструментальных методов диагностики наиболее информативными являются компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

#### Литература:

1. Лобзина Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. - СПб.: Фолиант, - 2000. - с. 220.

2. Зинченко А.П. Острые нейроинфекции у детей: Руководство для врачей. - Л.: Медицина, - 1986. - с. 110.

3. Зуев В.А. Медленные вирусные инфекции человека и животных. - М.: Медицина, - 1986. - С. 27 - 38.

4. Безнощенко В.Г., Долгих Т.И. Беременность и оппортунистические инфекции (вопросы диалектики и врачебной тактики). - Омск, - 2002. - С. 14-26.

#### Тұжырым

### ВИРУСТЫҚ ЭНЦЕФАЛИТ, СИЯҚТЫ ГЕРПЕТИЯЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫҢ АУЫР АҒЫСЫНЫҢ АЙҚЫНДА

Ф.Г. Сайфуллина, С.К. Дуkenova, А.К. Бекжанова, Н.М. Сапарғалиева, Б.Б. Кужахметова

Герпетиялық инфекцияның қазіргі кезеңдегі өзектілігі көрсетілген. Мысал ретінде Герпетиялық энцефалиттің клиникалық ағысы келтірілген. Практикалық дәрігерлерге ықтимал диагностикалық қателерге көңіл аудару.

#### Summary

### VIRAL ENCEPHALITIS AS A MANIFESTATION SEVERE COURSE OF HERPETIC INFECTION

F.G. Saifullina, S.K. Dukenova, A.K. Bekzhanova, N.M. Sapargaliyeva, B.B. Kuzhakhmetova

Urgency of herpetic infection in the modern period is represented. Clinical examples of herpetic encephalitis as a presentation of disease's severity are outlined. Attention of general practitioners on the potential diagnostic pitfall is drawn.

УДК: 616-03:574 (043) (574)

А.А. Бекжигитова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

## ӘРТҮРЛІ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛАЙСЫЗ АЙМАҚТАРДАҒЫ ЖАЛПЫ ӨЛІМДІЛІКТІҢ ЖАҒДАЙЫ МЕН ДИНАМИКАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

#### Аннотация

Бұл мақалада өлімділік пен мүгедектік демографияның негізгі көрсеткіші, бұл халықтың санитарлы жағдайын сипаттайды. Бұл көрсеткіштер қоршаған орта факторларына байланысты өзгеріп отырады, табиғи климаттық, социалды экономикалық және экологиялық жағдай, өңірлік және жасқа байланысты патологиялар жайында талқылауға мүмкіндік береді.

**Негізгі сөздер:** Өлімділік пен мүгедектік демографияның негізгі көрсеткіштері, факторлар.

Өлімділік пен мүгедектік демографияның негізгі көрсеткіші, бұл халықтың санитарлы жағдайын сипаттайды. Бұл көрсеткіштер қоршаған орта факторларына байланысты өзгеріп отырады, табиғи климаттық, социалды экономикалық және экологиялық

жағдай, өңірлік және жасқа байланысты патологиялар жайында талқылауға мүмкіндік береді. Денсаулықты бағалау барысында демографиялық көрсеткіштер ішінен өлімділік деңгейін есептеу арқылы баға беріледі. Жүргізілген зерттеу қортындысы бойынша Семей

өңіріндегі туу және өлім көрсеткіштері орталық азия мемлекеттеріндегі көрсеткіштерден жоғары. Бұл осы өңірдегі қоршаған ортаның негативті әсерлеріне байланыстылығын көрсетеді. Сондықтан біз тек Семей өңіріндегі бесжылдық (2000-2004жж) өлім көрсеткішін нақтылауды ұсындық.

Басқа елдер мен өңірлерде өлімділік көрсеткіші әртүрлі екендігі барлығымызға белгілі, бұл көрсеткіштер социалды экономикалық, мемлекеттің индустриализациясы және урбанизациясы, халықтың материалды жағдайы және жасына, тұрғылықты жеріне (қала, ауыл), экологиялық ақуалына, медициналық жәрдем сапасына байланысты. Сондықтан жалпы өлім көрсеткішін есептеу кезінде нақты өңірдің социалды-экономикалық дамуы есепке

алынуы керек. Семей өңіріндегі елі мекендердің жалпы өлімділік көрсеткіштері туралы мәліметтер келтірілген. Зерттеліп отырылған аймақтардағы өлімділік әр түрлі. Жоғары көрсеткіштер Семей қ, Бесқарағай және Абай аудандарында. Көкпекті ауданымен салыстырғанда орташа көп жылдық коэффициентпен жалпы өлімділік арасында 32,4 және 33,7 пайызға тең. Тура осындай заңдылықпен есептеу кезінде Семей қаласымен Көкпекті ауданы арасындағы айырмашылық 46,8 пайыз (P 0,001). Басқа аудандарда жалпы өлім көрсеткіштері Көкпекті ауданының көрсеткішінің деңгейінде.

Әр аудандағы жалпы өлімділік көрсеткіштерін талқылау, ондағы тұрақтылықты көрсетеді. Бірақ Жарма ауданында жалпы өлімділік көрсеткіші байқалады (5,0±0,3 2000ж, 8,1±0,4 2004ж аралығы).

*Кесте.*

**Семей өңіріндегі елді мекендердегі жалпы өлім көрсеткіші.**

Аудандар	2000ж	2001ж	2002ж	2003ж	2004ж
Көкпекті ауданы	6,0±0,2	6,3±0,3	4,9±0,2	5,7±0,2	6,2±0,3
Бородулиха ауданы	6,4±0,2	6,9±0,3	6,3±0,2	6,0±0,2	6,8±0,3
Абай ауданы	8,2±0,3	7,8±0,3	7,2±0,3	6,9±0,3	8,5±0,3
Бесқарағай ауданы	8,3±,3	7,6±0,3	7,5±0,3	73,1±0,3	8,3±0,3
Жарма ауданы	5,0±0,3	7,6±0,4	7,0±0,3	7,3±0,3	8,1±0,4
Үржар ауданы	6,6±0,4	5,7±0,3	6,2±0,4	5,9±0,3	6,1±0,4
Семей қаласы	8,9±0,2	8,4±0,2	8,6±0,2	8,0±0,1	8,7±,2
Жалпы облыс бойынша	7,7±0,1	7,4±0,1	7,2±0,1	7,0±0,1	7,8±0,1

Семей өңірі бойынша өлімділік көрсеткіші орташа Республикалық коэффициентке жақын болғанмен, бірақ экологиялық қолайсыз аймақтарда негативті динамика байқалады. Өлімділіктің жасқа байланысты коэффициенттері Семей өңірі бойынша мың адамға шаққанда жоғарыдағы деңгейде қалады, бұл топқа, бұл топқа 30-34ж және 85ж астан жоғарғы көрсеткіштер кірмейді. Зерттеу аралығында өлім көрсеткіштері себептерге байланысты сақталған. Егер 2000ж 100 мың адамға шаққанда мың адамға шаққанда 315,2+7,2 қан айналым жүйесінің ауруларынан өлімге ұшыраса, қан айналым жүйесінің ауруларынан өлімге ұшыраса, 93,8+3,3 қатерлі ісіктерден, 90,0+4,1 жарақат, улану және кездейсоқ жағдайлардан, 86,76+3,8 тыныс алу жүйесі ауруларынан, 25,6+2,0 асқорыту жүйесінің ауруларынан өлімге ұшыраса, ал 2004жылы қан айналым жүйесі және қатерлі ісіктерден өлімге ұшырағандар саны 1,2-1,5 есеге өскен (377,4+7,8 және 105+3,5). Барлық жоғарыда көрсетілген аурулар 82,9 пайыз жағдайда өлім себебі болған, ал 2004ж 83,6пайызды құраған. Осы көрсеткіштер уланудан, жарақаттан, кездейсоқ жағдайлардан өлімділік деңгейі III орында, бұл асқорыту жүйесі ауруларының өлімділік деңгейінен 3,5 есеге жоғары. Өлім себептері ішінде қан айналым жүйесі аурулары, қатерлі ісіктер, тыныс алу және асқорыту жүйесінің аурулары жоғары деңгейде. Сонымен қатар әр аудандағы өлім себептерінің өз ерекшелігі бар. Абай ауданында 100мың адамға шаққанда туберкулезге байланысты өлімділік 34,1±6,9 құрайды. Туберкулезден өлімге ұшыраудан Аягөз, Жарма, Бородулиха аудандарында көрсеткіш төмен. Жарақат, улану, кездейсоқ жағдайлар, жүрек қан тамыр және онкологиялық аурулардан кейін III орында, бірақ мүгедектікке шығу бойынша I орында. Жарақаттың жоғары деңгейі біздің қоғамға үлкен материалды және моральды шындар әкеледі. Мыңдаған адамдардың өлім себебі болады. Көбінесе жарақаттан дені сау жұмысқа қабілетті 15-30ж аралығындағы ер адамдар өлімге ұшырайды. Сонымен

жүрек қан тамыр аурулар жүйесі бойынша өлімге ұшырау соңғы 10жылда алдыңғы орын алады. Зерттеліп отырған өңірдің экологиялық жағдай нашар аудандарда қан айналым жүйесінен. Өлім көрсеткіші 1,5-2 есеге жоғары. Кардиологиялық аурулар ішінде, деңгейі басым патологияларға гипертониялық ауру, жүректің ишемиялық ауруы және ми қантамырларының зақымда жатады. Өлім структурасында ерлер мен әйелдер арасында негізгі орынды жүректің ишемиялық ауруы алады. Семей өңірінің аудандарында қатерлі ісікке ұшырау әр түрлі. Өлімділіктің ең төменгі деңгейі Көкпекті ауданында, ал Абай ауданында бұл көрсеткіштен 2 есе жоғары. Қатерлі ісіктен өлімге ұшырау себептері кей диагностика және аурудың III-IV стадиясында есепке алу жатады. Сонымен біз қазіргі уақытта Семей өңіріндегі экологиялық жағдайы нашар аудандарда өлім көрсеткішінің жоғары екенін байқаймыз.

**Әдебиеттер:**

1. Гусев Б.И., Ибраев С.С., Белозеров Е.С. Состояние здоровья сельского населения, проживающего в районах, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону и перспективы его снижения // Наука и здравоохранение, Семей.- 1992, №3. – С. 7-10.
2. Шамсиярова Н.Н., Калиев К.А., Хакимова Р.Ф., и др. Количественная оценка влияния загрязнения атмосферного воздуха на заболеваемость детей острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей и санитария. – 2000, №4. - С. 25-27
3. Черных А.М. Угрозы здоровью человека при использовании пестицидов (Обзор) // Гигиена и санитария / 2000, № 5. – С. 12-13.
4. Исмагулова А.У., Кенжалина Ж.У., Адайханова Г.Б. и др. // О влиянии окружающей среды на состояние здоровья и заболеваемости детей // Экология и здоровье детей: сб. науч. тр. Республик. конф. – Усть – Каме-ногорск, 2003. – С. 28-30.

**Резюме**  
**ОБЩИЕ СМЕРТНЫЕ СЛУЧАИ И ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**  
**В НЕКОТОРЫХ НЕ БЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕГИОНАХ**

А.А. Бекжигитова

*Государственный медицинский университет города Семей*

*В статье указаны демографические показатели и смертность населения некоторых районов Семипалатинского региона. Эти показатели меняются от таких факторов как влияние окружающей среды, социально-экологических, возраста и других факторов.*

**Summary**  
**DYNAMICS OF THE INCIDENCE AND CAUSES OF MORTALITY OF THE SEMIPALATINSK REGION**

A.A. Bekzhigitova

*State Medical University of Semey*

*This article identifies the causes of mortality of some of the regions of Semipalatinsk and presents the percentage of mortality. In the article given information about morbidity and mortality of the population on the ecologic unsuccessful area.*

**УДК 340.6 (574.4)**

**А.К. Мухаметкалиева**

**Восточно-Казахстанский филиал РГКП «Центр судебной медицины»  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

**АНАЛИЗ РАБОТЫ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОГО ФИЛИАЛА РГКП «ЦЕНТР СУДЕБОЙ МЕДИЦИНЫ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД 2009-2011гг**

**Аннотация**

*В статье приводятся данные анализа проведенных судебно-медицинских экспертиз в химико-токсикологическом отделении Восточно-Казахстанского филиала «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011гг.*

**Ключевые слова:** Объекты химико-токсикологического исследования, вещественные доказательства, летучие яды, карбоксигемоглобин, анализы.

Химико-токсикологическое отделение является структурным подразделением ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК. Целью химико-токсикологической экспертизы является химическое исследование объектов (вещественных доказательств, образцов), требующее специальных познаний в области токсикологической химии.

Объектами химико-токсикологической экспертизы являются объекты, изъятые из трупов лиц, умерших в результате отравлений ядовитыми веществами или же подозрении на отравление (ткани и органы трупов, биологические жидкости организма человека такие как кровь, моча, желчь), а так же промывные воды желудка, рвотные и каловые массы живых лиц, принявших смертельные дозы ядовитых веществ. Химико-токсикологическому исследованию так же могут быть подвергнуты объекты, которые могли явиться причиной отравлений (остатки пищи, пищевые продукты, вода напитки, части растений, медикаменты, различные химические вещества и др.), части одежды, флаконы из под лекарств, посуда из которой были приняты ядовитые вещества и другие объекты, а так же предметы, которые сохранили на себе следы преступлений.

В 2006г. химико-токсикологическое отделение ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК было дополнительно оснащено новым спектрофотометром «Спекорд 205» для определения карбоксигемоглобина, качественного и количественного определения лекарственных препаратов, наркотических веществ, а так же современным хроматографом «Кристаллюкс 4000 М» с плазменно-ионизационным детектором, использующийся для определения «летучих ядов», некоторых групп лекар-

ственных препаратов, суррогатов алкоголя, что позволило значительно повысить чувствительность, точность и качество проводимых химико-токсикологических экспертиз. В настоящее время в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК производятся следующие экспертизы: на наличие этилового спирта и его суррогатов, наркотических и лекарственных веществ, карбоксигемоглобина, растворители и технические жидкости, фосфорорганические соединения, тяжелые металлы, кислоты и щелочи.

**Цели исследования:** изучить архивный материал и провести анализ проведенных судебно-медицинских экспертиз в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за период 2009-2011гг.

**Задачи исследования:** выявить общие тенденции по результатам анализа проведенных судебно-медицинских экспертиз в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011гг.

**Материалы и методы исследования:** Были изучены архивные материалы химико-токсикологического отделения ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК с их последующей статистической обработкой и анализом.

За период с 2009 по 2011гг. в химико-токсикологическом отделении ВК филиала «ЦСМ» МЗ РК всего было выполнено 9333 химико-токсикологических экспертизы, которые в перерасчете на полные анализы составили 1858,7 полных исследований, в ходе которых было проведено исследование 13174 объектов (таблица 1).

Таблица 1.

Объем выполненной работы в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011гг.

Год	Количество проведенных экспертиз	Общее количество условных единиц (полных анализов)	Количество исследованных объектов
2009	3115	692,1	4533
2010	2997	611,1	4375
2011	3221	555,5	4266
Всего	9333	1858,7	13174

В дальнейшем нами было проведено изучение структуры исследованных объектов в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК при производстве различных видов химико-токсикологических экспертиз за период с 2009 по

2011гг., т.к. по нашему мнению именно количество исследованных объектов более объективно отражает характер и специфику работы химико-токсикологического отделения.

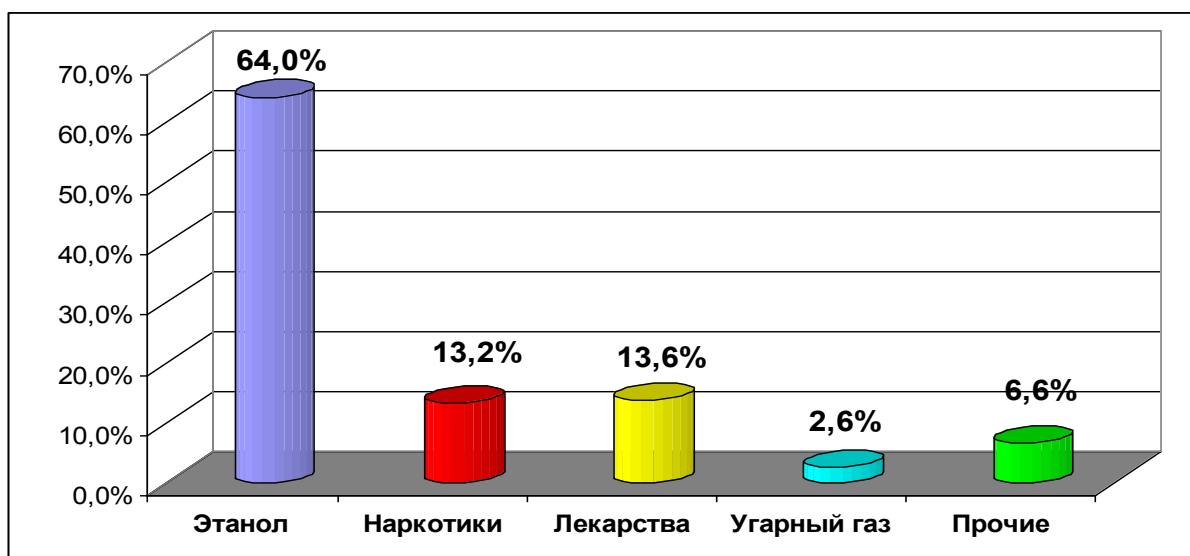


Рисунок 1. Структура исследованных объектов в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009 г.

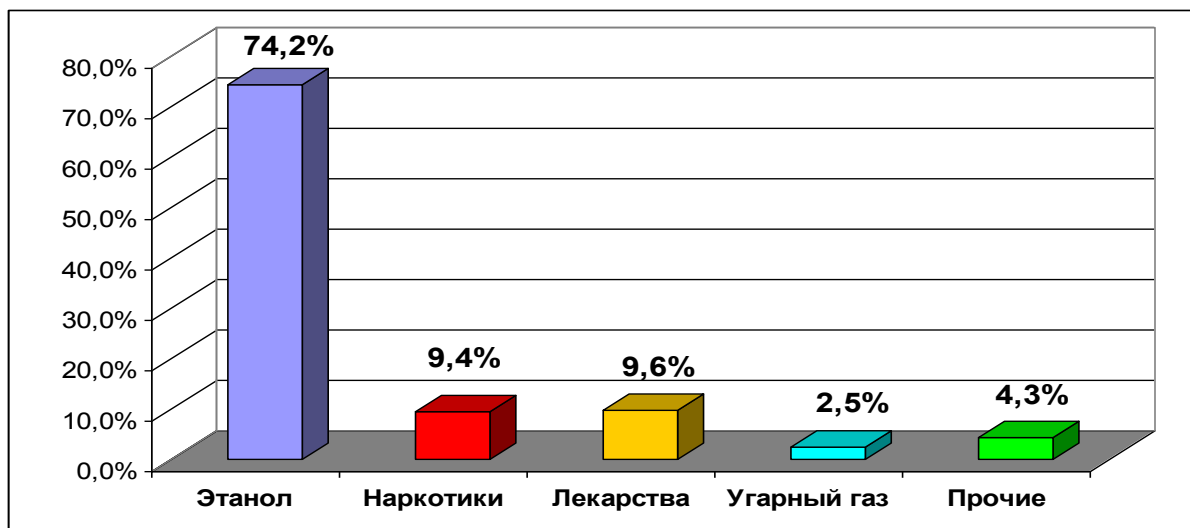


Рисунок 2. Структура исследованных объектов в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2010 г.

Как видно из рисунка 1 в 2009 г. структура исследованных объектов выглядела следующим образом: первое место занимали объекты, по исследованию на наличие этилового спирта – 64,0%, следом шли объекты, по исследованию на наличие лекарственных и наркотических веществ -13,6% и 13,2% соответственно, объекты, связанные с исследованиями на наличие кар-

боксигемоглобина составили 2,6%, на прочие объекты исследования пришлось 6,6%.

На рисунке 2 представлена структура исследованных объектов в 2010г. Объекты, по исследованию на наличие этилового спирта составили - 74,2%, на лекарственные вещества – 9,6%, на наркотические вещества – 9,4%, на карбоксигемоглобин -2,5%, на прочие виды исследований – 4,3%.

Рисунок 3 отражает структуру исследованных объектов при производстве различных видов химико-токсикологических экспертиз в 2011г. В 2011г. объекты, подвергшиеся исследованию на наличие этилового спирта составили - 80%, на наличие различных видов

наркотических веществ – 7,2%, на наличие различных видов лекарственных препаратов – 7,1%, на наличие карбоксигемоглобина – 2,3% и объекты на прочие исследования – 3,4%.

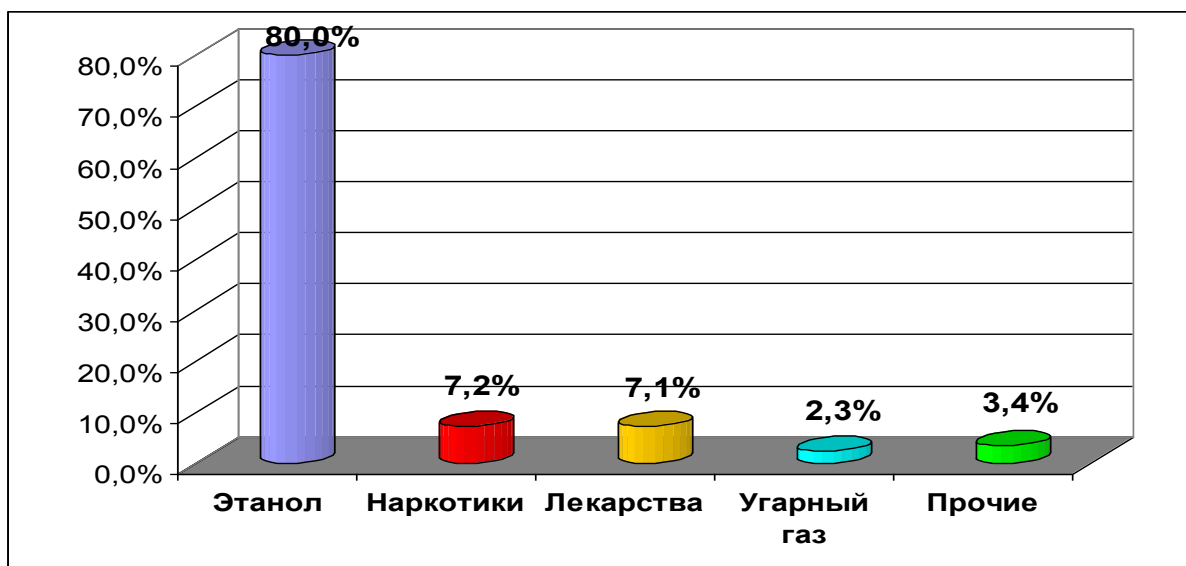


Рисунок 3. Структура исследованных объектов в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2011г.

Как видно из рисунка 4, на котором представлены обобщенные усредненные данные за трехлетний период с 2009г. по 2011г. в структуре исследованных объектов преобладали исследования по определению этилового спирта – 72,6%, на долю лекарственных и нарко-

тических веществ пришлось - 10,1% и 10,0% соответственно, на долю карбоксигемоглобина -2,5%, исследованные объекты при прочих экспертизах составили 4,8%.

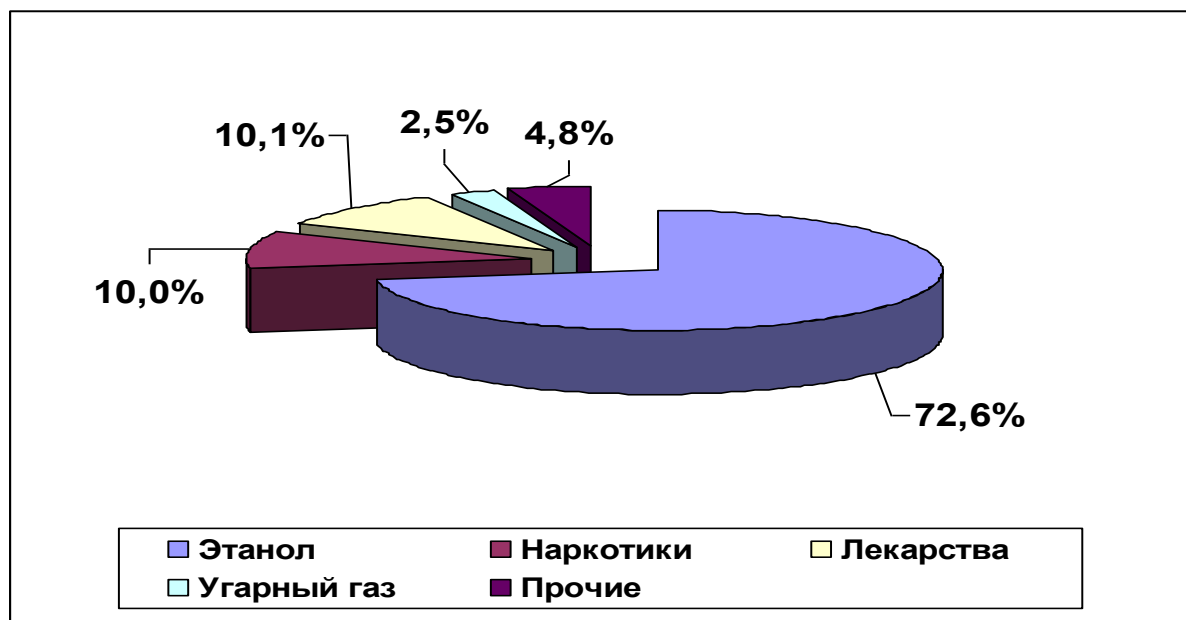


Рисунок 4. Обобщенная структура исследованных объектов в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011гг.



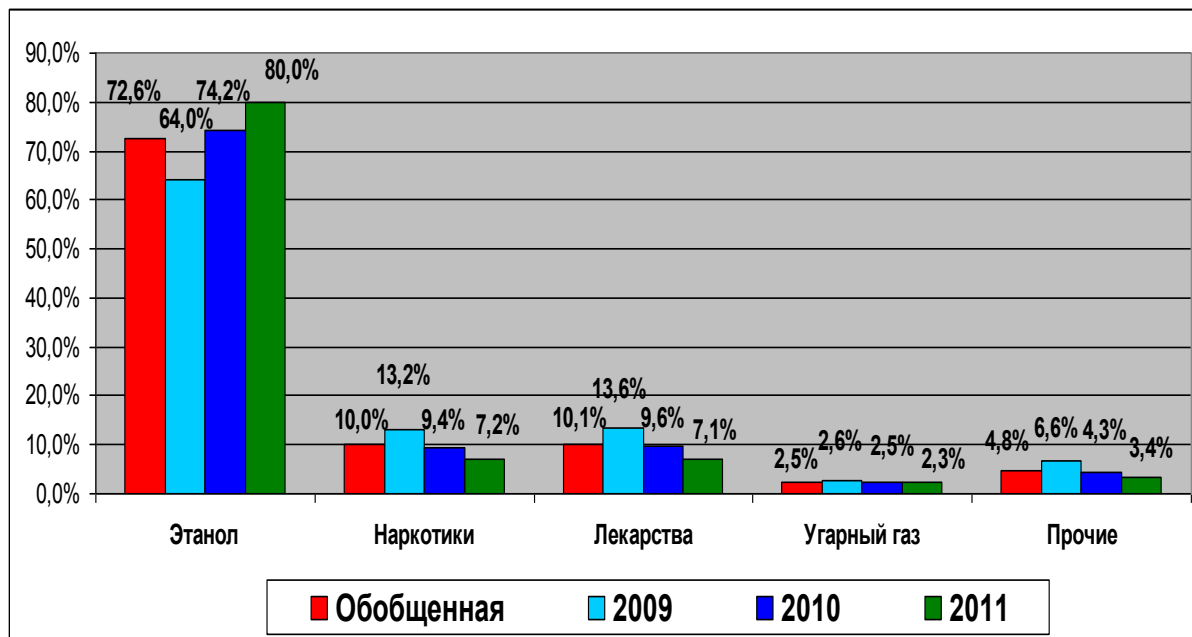


Рисунок 5. Сравнительная структура исследованных объектов в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК за 2009-2011гг.

На рисунке 5 отражена общая динамика исследованных объектов при производстве различных химико-токсикологических экспертиз. За период с 2009г. по 2011г. отмечалось значительное увеличение удельной доли исследованных объектов на наличие этилового спирта с 64% в 2009г. до 80% в 2011г. при снижении удельной доли исследованных объектов при других видах экспертиз. Так на протяжении трех лет отмечалось ежегодное значительное снижение количества исследованных объектов (почти в 2 раза) на наличие наркотических веществ (с 13,2% в 2009 году до 7,2% в 2011 году) и на наличие лекарственных веществ (с 13,6% в 2009 году до 7,1% в 2011 году), а так же объектов при прочих видах химико-токсикологических исследований (с 6,6% в 2009 году до 3,4% в 2011 году), менее значительным было снижение количества исследованных объектов на наличие окиси углерода (с 2,6% в 2009 году до 2,3% в 2011 году).

**Выводы:**

- В структуре исследованных объектов, которые подверглись исследованиям в химико-токсикологическом отделении ВК филиала РГКП «ЦСМ» МЗ РК в 2009-2011гг., отмечалось значительное преобладание объектов, связанными с определением этанола, на долю которых в общем пришлось 72,6% от обще-

го количества исследованных объектов за указанный период времени.

- За период 2009-2011гг. отмечалось ежегодное увеличение процентной доли объектов, связанных с исследованиями на наличие этилового алкоголя (с сравнении с 2009г. в 2011г. увеличение составило 16% (с 64% до 80%).
- За период 2009-2011гг. отмечалось ежегодное снижение процентной доли объектов, связанных с остальными видами исследований. Наиболее значительным было снижение (почти в 2 раза) процентной доли исследованных объектов на наличие наркотических, лекарственных веществ и прочих видов исследований.

**Литература:**

1. Куценко С. А. Основы токсикологии. СПб, - 2002 – С. 22 – 28.
2. Соколов С.М. Судебно-химическая экспертиза вещественных доказательств. - М., 1984. – С. 7-10.
3. Тагаев Н.Н. Судебная медицина. – Харьков: Факт, 2003. – с. 12 - 54.
4. Томилин А.А. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств. М., - 1990. – С. 3-23.

**Тұжырым**

**ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІНІҢ «СОТ МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ» РМҚК ШҚ ФИЛИАЛЫ ХИМИЯ-ТОКСКОЛОГИЯ БӨЛІМШЕСІНІҢ 2009-2011 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ЖҰМЫСЫНЫҢ ЕСЕПТІК ТАЛДАУЫ**  
**А.К. Мұхаметқалиева**

**ҚР ДМ «Сот Медицина Орталығы» РМҚК Шығыс Қазақстан филиалы**

ҚР Денсаулық сақтау Министрлігінің «Сот Медицина Орталығы» РМҚК ШҚ филиалы химия-токсикология бөлімшесінің 2009-2011 жылдар аралығындағы жұмысының есептік талдауы.

**Summary**

**THE ANALYSIS OF WORK OF CHEMICAL-TOXICOLOGICAL BRANCH OF EAST KAZAKHSTAN BRANCH OF «CFM» OF MH RK FOR 2009-2011**  
**A.K. Muhametkalieva**

**East Kazakhstan branch of the Republican State Enterprise «Centre Forensic Medicine» of MH RK**

In article the data of the analysis of the spent forensic medical examinations in chemical-toxicological branch of East Kazakhstan branch of «CFM» of MH RK for 2009-2011 is cited.

УДК 616.314.17-002-06

М.Т. Копбаева, Л.Ж. Жунусова, Э.Е. Сыдыкова, Ш.М. Косдаулетова

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы,  
Стоматологические клиники «Рахат», «Стомцентр» г. Алматы

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЕКТОР-СИСТЕМЫ

### Аннотация

Представлены результаты применения в практике аппарата Вектор для лечения пародонтита, механизм действия которого направлен на удаление причины заболевания – микробной биопленки. Было проведено обследование, лечение и динамическое наблюдение 56 пациентов в возрасте 18-65 лет хроническим генерализованным пародонтитом. Доказана клиническая эффективность данного метода в лечении пародонтита, подтвержденная дополнительными методами исследования. Вектор-терапия устраняет воспаление пародонта, обеспечивает щадящее воздействие на окружающие ткани, способствует ремоделированию костной ткани пародонта. Высокий терапевтический эффект данного метода подтвержден микробиологическими и цитологическими исследованиями.

**Ключевые слова:** пародонтит, Вектор-терапия,

Несмотря на успехи пародонтологии, лечение заболеваний пародонта представляет значительные сложности, обусловленные тем, что патологический процесс, в опорно-удерживающем аппарате зуба, характеризуется изменениями, приводящими к нарушению основных функций зубочелюстной системы [1].

В этиологии воспалительных заболеваний пародонта выделена приоритетная роль биопленки – высокоорганизованного, взаимодействующего сообщества микроорганизмов с защитным матриксом. Микроорганизмы в биопленке более устойчивы к антибиотикам, антимикробным средствам и защитным механизмам организма-хозяина. Исследователями постоянно ведется поиск методов и средств лечения, направленных на устранение биопленки, то есть возрастает значение этиологически направленной терапии заболеваний пародонта [5, 6].

Актуально дальнейшее изучение клинической эффективности системы Вектор при патологии пародонта, который полноценно удаляет поддесневую биопленку, грануляции из пародонтальных карманов (ПК) и обладает щадящим действием к цементу корню зуба и мягким тканям пародонта.

Нами было проведено обследование, лечение и динамическое наблюдение 56 пациентов обоего пола в

возрасте 18-65 лет хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней тяжести. Диагноз выставлялся в соответствии с классификацией, принятой XVI Пленумом Всесоюзного научного общества стоматологов (г. Ереван, 1983).

Наряду с основными клиническими показателями (кровоточивость, зуд, боль, подвижность зубов), определялись комплексный периодонтальный индекс (КПИ) по Леусу, индекс гигиены полости рта по Грин-Вермиллиону, индекс кровоточивости десен по Мюллерманн, проводились рентгенологические, цитологические [2] и микробиологические исследования [3] методом фазово-контрастной микроскопии (ФКМ).

Оценка жалоб, объективных и дополнительных методов исследования в динамике выявила выраженный регресс основных симптомов воспаления. Так, после обработки пародонтальных карманов системой Вектор отмечалось существенное снижение кровоточивости десен, отека и гиперемии краевого пародонта (рис.1), снижение индекса гигиены. Все наблюдаемые пациенты отмечали безболезненность процедуры, появление ощущения «свежести», приятные органолептические свойства суспензии гидроксипафита, отсутствие побочных свойств.



Рис.1. а) Пациент С., 28 лет, до лечения. Диагноз – хронический генерализованный пародонтит легкой степени



Рис.1. б) Тот же пациент после лечения системой Вектор, 2-й день после процедуры



Рис.1. в) Тот же пациент после лечения системой Вектор, через 6 недель

Уже на 2-й день после лечения маргинальная десна приобретала бледно-розовую окраску, более выраженный фестончатый рисунок и плотнее прилежала к шейкам зубов. Индексы гигиены и кровоточивости нормализовались.

Результаты цитологических и микробиологических исследований содержимого пародонтальных карманов подтвердили эффективность лечения пародонтита с

применением Вектор-системы. Так, на купирование воспалительного процесса указывали увеличение числа поверхностных ядросодержащих клеток (эпителиоцитов 5-й стадии дифференцировки), снижение удельного веса промежуточных клеток II типа (эпителиоцитов 4-ой стадии дифференцировки), выраженное уменьшение числа сегментоядерных нейтрофилов, мононуклеаров, дистрофически измененных клеток.

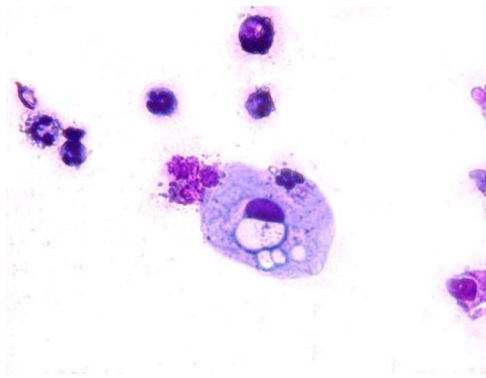


Рис. 2. а) Мазок-отпечаток пациента С., 28 лет, до лечения. Окраска по Романовскому-Гимзе. Увеличение x 400.

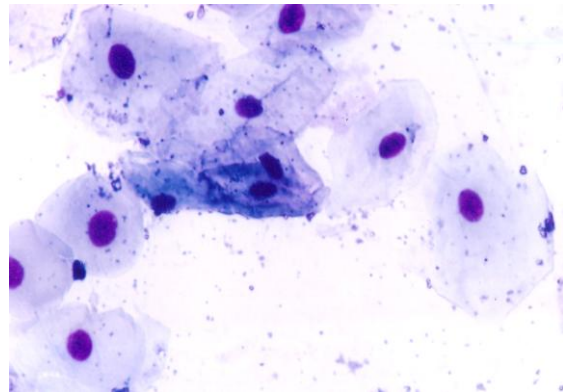


Рис. 2. б) Мазок-отпечаток пациента С., 28 лет, после лечения. Окраска по Романовскому-Гимзе. Увеличение x 400.

Об успешности проведения Вектор-терапии у наблюдаемых пациентов также свидетельствовало увеличение удельного веса кокков и неподвижных палочек на фоне уменьшения количества подвижных палочек и

извитых форм, что отражалось на коэффициенте устойчивости, который у пациентов пародонтитом увеличился в 1,8-3 раза, приближаясь к норме (табл. 1, 2).

Таблица 1.

**Динамика данных ФКМ у пациентов хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени до и после лечения.**

Микроорганизмы	До лечения	После лечения	
		Через 3 дня	Через 6 недель
Кокки, %	31,1+ 2,8	40,6+ 3,1	42,2+ 3,7
Неподвижные палочки, %	18,5+1,9	21,9+2,2	24,5+2,0
Подвижные палочки, %	11,5+1,9	7,5+0,7	6,3+0,8
Извитые формы, %	14,5+1,2	10,5+0,9	9,2+0,7
Филаменты, %	3,9+0,6	7,2+0,5	7,8 +0,3
Коэффициент устойчивости	1,6+0,04	2,9+0,05	3,8+0,08

Таблица 2.

**Динамика данных ФКМ у пациентов хроническим генерализованным пародонтитом средней степени до и после лечения.**

Микроорганизмы	До лечения	После лечения	
		Через 3 дня	Через 6 недель
Кокки, %	23,5+ 2,0	33,6+ 2,4	35,9+ 2,3
Неподвижные палочки, %	22,9+2,7	25,7+2,5	30,8+1,9
Подвижные палочки, %	19,5+1,3	12,0+0,3	10,3+0,7
Извитые формы, %	20,4+2,3	11,5+1,4	10,9+0,8
Филаменты, %	6,3+0,4	8,2+0,6	8,8 +0,7
Коэффициент устойчивости	1,2+0,08	2,1+0,10	3,0+0,08

Положительная динамика результатов ФКМ более демонстративно проявлялась через 6 недель, что позволяет сделать вывод о кумулирующем свойстве применяемого метода лечения. Существенное снижение процентного содержания подвижных и извитых микроорганизмов в пародонтальных карманах указывало на стойкий терапевтический эффект в результате использования Вектор-системы.

В качестве иллюстрации приводим клинический случай.

*Пациент С., возраст 28 лет.*

**1-е посещение.** Жалобы на неприятный запах изо рта, зуд и кровоточивость десен при чистке зубов.

Объективно: при осмотре отмечается выраженные гиперемия и отек десневого края, умеренное количество мягкого зубного налета, незначительное количество минерализованных над- и поддесневых зубных отложений с язычной поверхности 12, 11, 21, 22, 23 зубов. Умеренная дистопия 32, 33 зубов. Комплексный пародонтальный индекс Леуса – 1, 6 балла. Подвижности зубов не отмечается. Индекс гигиены Грин-Вермильона

– 1,7 балла. Индекс кровоточивости по Мюллеману – 2,0 балла.

Рентгенологически – незначительное расширение периодонтальной щели в пришеечной области 11, 22, 23 зубов с исчезновением замыкательной компактной пластинки, остеопороз верхушек межзубных перегородок, в области 16, 11, 21, 26, 31, 32 зубов – резорбция межальвеолярных перегородок до 1/3 высоты.

Диагноз - хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести.

1. Сделан забор содержимого из пародонтальных карманов для цитологического и микробиологического исследований.

2. Проведена профессиональная гигиена полости рта, даны рекомендации.

**Цитограмма до лечения.** Преобладание эпителиоцитов 5-ой стадии дифференцировки (поверхностные клетки полигональной или неправильной формы)- 43, 2 %, удельный вес эпителиоцитов 1-ой стадии (базальные клетки) - 2,2 %, 2-ой стадии (парабазальные клетки) – 3,7 %, 3-ей стадии – 6,3 % (промежуточные клетки I



типа), 4-й стадии (промежуточные клетки II типа) -35,3 %, сегментоядерные нейтрофилы -5,9 %, мононуклеары 2,8%, дистрофически измененные клетки 0,6%.

Данные фазово-контрастной микроскопии до лечения: кокки - 38,5 %, неподвижные палочки- 21,1 %, подвижные палочки – 15,4 %, извитые формы – 19,7 %, филаменты- 5,3%, коэффициент устойчивости – 1,37.

2-е посещение. Проведена обработка пародонтальных карманов аппаратом Вектор с использованием металлических насадок для первичного лечения пародонтита (PaGo) по стандартной методике. Даны рекомендации.

3-е посещение. Пациент отмечает значительное улучшение на 2-й день после лечения аппаратом Вектор, со слов - “ощущение свежести”. Зуд отсутствует, исчез неприятный запах изо рта, при чистке зубов кровоточивости десен нет.

Объективно: исчезли гиперемия и отек десневого края, маргинальная десна бледно-розового цвета, плотной консистенции.

Комплексный периодонтальный индекс Леуса – 0, 9 балла. Индекс гигиены Грин-Вермильона – 0,5 балла. Индекс кровоточивости по Мюллерману – 0,2 балла.

Цитограмма после лечения на 3-е сутки. Увеличение эпителиоцитов 5-ой стадии дифференцировки до

52, 4%, удельного веса эпителиоцитов 1-ой стадии до 6,6 %, 2-ой стадии – 9,8 %, возрастание числа эпителиоцитов 3-ей стадии – 7,8 %, снижение удельного веса клеток 4-й стадии - 20,5 %, снижение сегментоядерных нейтрофилов до 1,7 %, мононуклеаров - до 1,1 %, дистрофически измененных клеток - до 0,1 %.

Данные фазово-контрастной микроскопии после лечения: кокки - 42,4%, неподвижные палочки- 22,8%, подвижные палочки – 8,4 %, извитые формы – 12,6%, филаменты- 7,8%, коэффициент устойчивости – 2,71.

4-е посещение – через 6 недель после первичной обработки пародонтальных карманов.

Жалоб нет.

Объективно: пародонтальный статус пациента идентичен статусу, который отмечался у него при осмотре во время 3-го посещения.

Комплексный периодонтальный индекс Леуса – 0, 4 балла. Индекс гигиены Грин-Вермильона – 0,3 балла. Индекс кровоточивости по Мюллерману – 0,2 балла.

В отдаленные сроки наблюдения рентгенологически (рис. 3, 4) после проведенного лечения у наблюдаемых пациентов отмечалось уменьшение явлений остеопороза, уплотнение кортикальной пластинки, костная структура межзубных перегородок стала более четкой.



Рис. 3, а. Панорамная рентгенограмма пациента Т., 43 года, до лечения

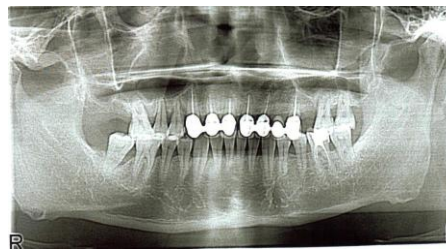


Рис. 3, б. Панорамная рентгенограмма того же пациента через 11 мес. после лечения



Рис. 4, а Панорамная рентгенограмма пациента Д., 58 лет, до лечения



Рис. 4, б Панорамная рентгенограмма того же пациента через 14 мес. после лечения

Следует отметить, Вектор-терапия является незаменимым методом лечения при таких клинических ситуациях, когда у пациента имеется лекарственная непереносимость к анестетикам, антибиотикам и другим лекарственным препаратам. Вектор-система щадяще относится к важным для регенерации тканевым структурам пародонта, особенно поверхности корня и мягким тканям, и, следовательно, способствует их ремоделированию. Обобщение нашего многолетнего опыта позволило, наряду с высокой клинической эффективностью Вектор-системы, выделить еще и такие неоспоримые преимущества - как возможность работы без местной анестезии, хорошая переносимость процедуры пациентами, тщательность обработки пародонтальных карманов зубов с несъемными ортопедическими конструкциями.

#### Литература:

1. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. - М., 2009.- 336 с.
2. Ергазина М.Ж., Юй Р.И. Цитологическая оценка эффективности хронотерапии воспалительных заболеваний пародонта // Вопросы морфологии и клиники: сб. тр. Вып. 14.- Алматы, 2004.- С. 61-65.
3. Загнат В.Ф. Изучение связи признаков воспаления пародонта с изменениями микробного содержимого пародонтального кармана по данным микробиологии: Автореф. Дисс... к.м.н.–М., 1992 -25 с.
4. Хан Р. О главной цели лечения пародонта с использованием прибора Вектор // Клиническая стоматология.-2002.- №3. –С. 4446.
5. Chen C. Periodontitis as a biofilm infection // J. Calif. Dent. Assoc.-2001. - Vol. 29 (5).-3. 362-369.
6. Socransky S., Haffajee A. Periodontal microbial ecology // Periodontology 2000.-2005.- vol.38.- P. 135-187.

**Тұжырым**  
**ВЕКТОР – СИСТЕМАСЫН ҚЫЗЫЛИЕКТИҢ ҚАБЫНУЫН ЕМДЕУГЕ ПАЙДАЛАНУДЫҢ**  
**КЛИНИКА-ЛАБОРАТОРИЯЛЫҚ ДӘЛІЛДЕМЕСІ**

**М.Т. Копбаева, Л.Ж. Жунусова, Э.Е. Сыдыкова, Ш.М. Косдаулетова**

*Тәжірибеде қызылиектің қабынуын емдеу үшін пайдаланған Вектор аппаратының қолдану нәтижелері көрсетілген, оның төтіктік әсері бұл ауру ағашалдығудың негізгі себебі – микробтық биопленканы тазарту үшін бағытталған. Созылмалы өршіген қызылиек ауруы бар 18-56 жас шамасындағы 57 емделушіні тексеру, емдеу және динамикалық бақылау жүргізілді. Осы әдістің қызылиектің қабынуын емдеудегі клиникалық тиімділігі, қосымша зерттеу әдістері арқылы расталып дәлелдеген. Вектор - терапия пародонтозағы қабынуды жояды, айналасындағы тіндерге жайлы әсеретуді қамтамасыз етеді, пародонттың сүйек ұлпасын ремоделдеуіне мүмкіндік туғызады. Осы әдістің жоғары емдік әсері микробиологиялық және цитологиялық зерттеулермен растаған.*

**Summary**  
**CLINICAL LABORATORY RATIONALE TREATMENT OF PERIODONTITIS USING A VECTOR-SYSTEMS**  
**M.T. Kopbaeva, L.Zh. Zhunusova, E.E. Sydykova, Sh.M. Kosdauletova**

*There were given the results of practical application of the VECTOR unit in the treatment of periodontal diseases, the mechanism of action of which is focused on the removing the source of disease - bacterial biofilms. There was carried out investigation, treatment and dynamic observation of 56 patients aged 18-65 years with chronic generalized periodontitis. Proven clinical efficacy of this method in the treatment of periodontal disease, confirmed by additional research methods. Vector-therapy eliminates periodontal inflammation, provides a favorable influence on the surrounding tissue, and promotes periodontal bone remodeling. High therapeutic effect of this method is confirmed by microbiological and cytological researches.*

**УДК 616.8-0085**

**А.А. Алмагамбетова<sup>1</sup>, М.Г. Раимова<sup>2</sup>, Р.М. Байжуманова<sup>3</sup>, Г.К. Алтыбаева<sup>4</sup>**

**КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей<sup>1,3,4</sup>**

**КГКП «Психиатрическая больница», п. Шульбинск<sup>2</sup>**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**  
**ПРИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

**Аннотация**

*В данном исследовании представлен анализ 45 случаев с различными клиническими формами у пациентов разного возраста от 20 до 50 лет. Показана эффективность использования групповой психотерапии, проявляющаяся в улучшении симптоматического состояния пациентов, повышении уровня социальной адаптации, формировании навыков самостоятельного разрешения проблемных ситуаций в отношениях с окружающими. Применение метода групповой психотерапии дает более высокую клиническую эффективность при лечении больных нервно-психическими расстройствами, в сравнении с группой, получавшей только медикаментозное лечение.*

**Ключевые слова:** групповая психотерапия, нервно-психические расстройства, терапевтические мероприятия.

Актуальность проблемы в том, что психотерапия и в частности, групповая находит широкое распространение при лечении различных психических, соматических, пограничных и других заболеваний [1]. Большинство авторов указывают, что наиболее лучшие результаты лечения имеют место при функциональных нарушениях центральной нервной системы [2].

Актуальность темы. В последние десятилетия в Казахстане, в России, так же, как и за рубежом, возрастает необходимость в разработке и использовании краткосрочных, преимущественно групповых, методов психотерапии. Это продиктовано рядом причин, во-первых, необходимостью обеспечения психотерапевтической помощью возрастающего числа больных, нуждающихся в ней без повышения материальных затрат при сохранении степени эффективности лечебного воздействия. Так, согласно общенациональным обзорам, 22 миллиона человек взрослого населения США, т.е. каждый восьмой, в течение года, так или иначе, пытается решить свои психологические проблемы [3]. В России это соот-

ношение еще более высоко, поскольку глубокие изменения социально-политической структуры общества, начиная с конца 80-х гг. XX века способствуют росту психологического напряжения, приводят к нарушениям адаптации, что создает дополнительную почву для роста заболеваемости пограничными нервно-психическими расстройствами [4].

Групповая психотерапия-психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т.е. все совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая группового психотерапевта, в лечебных целях.

В групповой психотерапии мотивом деятельности каждого индивида является его собственное выздоровление, а группа и ее члены рассматриваются только как средство достижения этой цели.

**Цель исследования.** Общей целью настоящей работы являлась разработка краткосрочной групповой психотерапии и внедрение ее в комплекс терапевтиче-

ских мероприятий, проводимых в психотерапевтическом кабинете для лечения больных нервно-психическими расстройствами, а также изучение эффективности данного метода психотерапии.

#### Материалы и методы исследования.

Всего под наблюдением находилось 45 больных, из них мужчин было 13 человек (28,9%), женщин - 32 (71,1%). По возрасту, больные распределялись следующим образом: до 20 лет - 5 человек (11,1%), от 21 до 30 лет - 8 (17,8%), от 31 до 40 лет - 18 (40%), от 41 до 50 - 14 человек (31,1%). В нозологическом отношении больные были представлены следующим образом: невроты - 30 пациентов (66,7%); психосоматические нарушения с аффективной неустойчивостью (психастеническими, ипохондрическими, обсессивными, фобическими, астеническими симптомокомплексами) - 9 (20%); реактивная депрессия непсихотического характера - 6 пациентов (13,3%).

Больные при терапевтическом воздействии в сравнительном аспекте представляли три группы: 1 группа - больные, получавшие различные современные методы групповой психотерапии - 18 (40%); 2 группа - больные, получавшие медикаментозное лечение и только рациональную психотерапию - 4 (8,9%); 3 группа - комбинированное лечение (групповая психотерапия и психофармакотерапия) - 23 (51,1%) больных.

С первой и третьей группами больных наиболее эффективно использовались методы психотерапии с малыми группами (8 - 12 человек).

Групповая психотерапия проводилась как в открытых, так и в закрытых группах. [5].

Количество занятий было 5 раз в неделю, продолжительностью 1-1,5 часа. Группа амбулаторная, кратковременная 1 месяц.

Курс лечения варьировал в среднем до 20-25 сеансов.

Медикаментозная терапия и рациональная психотерапия в основном была рекомендована пациентам, которые по разным причинам не могли посещать сеансы групповой психотерапии.

#### Результаты и обсуждение.

С каждым больным перед включением в группу была проведена беседа о характере и методике лечения.

Основной формой групповой психотерапии, используемой при работе в группе, являлся дискуссионный метод, который также дополнялся вводными, вспомогательными или специальными приемами: психодрама (разыгрывание ролевых ситуаций), психогимнастика (невербальное межличностное взаимодействие), музыкотерапия (в активной и рецептивной формах), проективный рисунок (рисование на определенную тему), транзактный анализ, гештальт терапия, поведенческая, позитивная психотерапия.

В амбулаторной практике большое значение при проведении групповой психотерапии занимал дифференцированный отбор пациентов с относительно однородной психотической и непсихотической симптоматикой.

В процессе лечения, наряду с психотерапевтическими методами воздействия, значительное место занимали вопросы глубокого и всестороннего изучения личности, особенностей их эмоционального реагирования, мотивации, системы перестройки мировоззрения, связанной с болезненной интерпретацией отношения к себе и окружающей среде. Выявление и изучение этиопатогенетических механизмов заболевания; достижения осознанного понимания больным возможных причинно-следственных связей его болезненных проявлений; совместное разрешение проблем психотравмирующих

ситуаций; коррекция неадекватных форм поведения; патологического осмысления самочувствия пациента; пролонгированного закрепления здоровых установок.

При проведении групповой терапии хорошо использовался процесс групповой динамики отношений и взаимодействия как по вертикали (пациентов и психотерапевта), так и по горизонтали (пациентов между собой). [3]

В динамике групповая психотерапия способствовала продолжительному контакту, сплоченности, раскованности, снижению самоконтроля пациентов. Все это приводило к раскрепощенности и раскрытию больными своих эмоциональных, фобических, обсессивных, болезненно интерпретативных суждений и других переживаний.

При работе с больными было выявлено десять психотерапевтических факторов, присущих всем группам - это предоставление информации, универсализация, сплоченность, альтруизм, развитие навыков общения, межличностное обучение, внушение надежды, множественный перенос, подражательное поведение (пациент берет от других членов группы лучшее); катарсис (высвобождение негативных эмоций).

Психотерапевтический процесс в группе, в условиях лимита времени, при изменении тактики работы группового психотерапевта позволял реконструировать нарушенные отношения уже на начальных фазах группового процесса. С целью интенсификации лечебного процесса важным представлялось постоянное соотнесение внутригрупповых взаимоотношений с плоскостью реальных отношений каждого участника.

Как показывает опыт, выбор психотерапевтического воздействия у больных, с выше представленной патологией, базировался не только на клинической симптоматике, но и на индивидуальных личностных особенностях. Индивидуальная психотерапия сопровождала работу в группе, но степень ее интенсивности менялась в зависимости от фазы работы с больным, от фазы его лечения.

Преимущества, проводимой групповой психотерапии:

1. Экономичность временных ресурсов;
2. Межличностное обучение, которое позволило пациентам более глубоко познакомиться со стилем своего общения с другими больными, приобрести более эффективные социальные навыки. В группе пациенты получали различные реакции и поддержку других ее членов на свое поведение, увидеть с их помощью последствия и в последующем его моделировать.
3. В группе «воссоздавалась» повседневная жизнь каждого участника, что позволило им увидеть трудности и особенности проблемы. Усвоенные в группе новые способы поведения, изменившегося понимания себя и своих отношений с другими будут перенесены в ситуации реальной жизни.

4. Дополнительная возможность самосовершенствования. Участники группы обменивались жизненным опытом, своими проблемами и их разрешениями, учились на опыте друг друга.

Соматическая патология отмечалась у 100% обследованных, чаще других отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (51,6%), желудочно-кишечного тракта (36,9%), а также сочетанная соматическая патология (11,5%).

В результате лечения показана эффективность применения групповой психотерапии (современными психотерапевтическими методами лечения). Уже на 4 день лечения в 3-й группе больных, леченных методами психотерапии медикаментозной терапией по сравне-



нию с 1-й группой, установлено исчезновение многих симптомов: раздражительности, вспыльчивости, слабости, колебания настроения, эмоциональной неустойчивости, головокружения и др.

В целом в 1-й (39%) группе больных, получавших только психотерапию (по сравнению со 2-й группой (5%), получавшей медикаментозную терапию и рациональную психотерапию), происходила более быстрая редукция невротической симптоматики. Наиболее выраженный эффект получен у пациентов 3-й группы (56%), получавших психотерапию и медикаментозную терапию.

При анализе психотерапевтического курса выше описанных больных, результаты катamnестического обследования их показали:

1) Наиболее эффективный выход без резидуальных проявлений при групповой психотерапии наблюдался у лиц с доминированием психастенических и фобических симптомокомплексов.

2) Комбинированная психотерапия (групповая и медикаментозное лечение) наиболее целесообразна при ипохондрических, астенических проявлениях, реактивной депрессии непсихотического характера, в некоторых наблюдениях требует индивидуального подхода.

Статистическая обработка результатов лечения у исследуемой группы (45 пациентов) показала, что у 64-71% больных наступило выздоровление, значительное улучшение - у 33% и лишь у 3% больных состояние не изменилось.

#### **Выводы.**

1) Конструктивное развитие психотерапевтического процесса обуславливает снижение степени выраженности межличностных проблем у пациентов, повышение уровня социального функционирования. В ходе применения групповой психотерапии у пациентов отмечалось значительное симптоматическое улучшение.

2) Метод краткосрочной групповой психотерапии может активно применяться в лечении больных с невро-

тическими расстройствами. В ходе применения групповой психотерапии у пациентов отмечалось значительное симптоматическое улучшение.

3) Групповая психотерапия позволяет эффективнее справляться с жизненными трудностями.

4) В ходе применения групповой психотерапии у пациентов отмечалось значительное симптоматическое улучшение.

5) Структурированность терапевтических мероприятий, с учетом ограничения временных рамок лечения, является определяющим фактором, обеспечивающим позитивные результаты вмешательства.

6) В процессе краткосрочной групповой психотерапии у большинства пациентов происходило расширение сферы самосознания, уменьшение невротической симптоматики, положительные изменения в системе отношений, прежде всего в отношении к себе (улучшение самооценки), формирование более адаптивных механизмов совладания со стрессом, улучшение социального функционирования, как признаки достижения эффективности лечения в условиях временного лимита.

7) Групповая психотерапия, ориентированная на глубинные личностные изменения, усиливая воздействие на когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты отношений личности, позволяет интенсифицировать групповую динамику при сокращении общих сроков лечения.

#### **Литература:**

1. Кьел Рудестам. Групповая психотерапия. Теория и практика. Санкт-Петербург, 1999. - . 372 с.

2. Карвасарский Б.Д., Ледер С. Групповая психотерапия. Москва. «Медицина». 1990. – 383 с.

3. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. Практическая психология. Групповая психотерапия. – Москва. - 2012. - 212с.

4. Абрамова Г.С. Групповая психотерапия. Главная Библиотека. 1999 - 165 с.

#### **Тұжырым**

### **ЖҮЙКЕ-ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРДАҒЫ ТОПТЫҚ ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ ТИМДІЛІГІ**

**А.А. Алмағамбетова, М.Г. Раимова, Р.М. Байжуманова, Г.К. Алтыбаева**

*Берілген зерттеуде 20 жастан 50 жасқа дейінгі әртүрлі клиникалық түрлері бар 45 пациенттің талдауы келтірілген. Пациенттердің симптоматикалық жағдайының жақсаруымен, әлеуметтік бейімдеу деңгейінің жоғарылауымен және қоршаған ортадағы теріс жағдайларды өздігінен шешу дағдыларының дамуымен көрінген топтық психотерапияны қолданудың тиімділігі көрсетілген. Топтық психотерапия әдісін қолдану тек қана медикаментті ем алған бақылама топпен салыстырғанда жүйке-психикалық бұзылыстары бар науқастарды емдеуде жоғары тиімділік көрсетті.*

#### **Summary**

### **EFFECTIVENESS OF GROUP THERAPY IN NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS**

**A.A. Almagambetova, M.G. Raimova, R.M. Bayzhumanova, G.K. Altybayeva**

*This study presents an analysis of 45 cases with different clinical forms of patients of all ages from 20 to 50 years. The efficiency of group therapy were presents in improvement of the status of symptomatic patients, raising the level of social adaptation, self-building skills to resolve problem situations in relationships with others. The application of group therapy provides a high clinical efficacy in the treatment of neuro-psychiatric disorders, compared with a control group receiving only drug therapy.*

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі  
Семей мемлекеттік медицина университеті  
Министерство здравоохранения Республики Казахстан  
Государственный медицинский университет г. Семей



Тұңғыш Президент күніне арналған  
«ҚАЗІРГІ ЗАМАН МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ»  
атты ғылыми – тәжірибелік  
жас ғалымдар конференциясының  
материалдары

Материалы  
научно-практической конференции  
молодых ученых ГМУ г. Семей  
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»,  
посвященной Дню Первого Президента  
Республики Казахстан

Семей, 2012

УДК 616.127/36-005.8-097

А.О. Аймагамбетова

Государственный медицинский университет города Семей, Республика Казахстан

## ДЕЙСТВИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

### Аннотация

Цитокиновой активации в патогенезе инфаркта миокарда придается большое значение. В представленном исследовании проводится изучение цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-10,) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, получающих тромболитическую терапию.

Выявлено, что у больных с инфарктом миокарда отмечается повышение активности системного воспаления, что отражается в повышении уровня провоспалительных цитокинов и снижении противовоспалительного цитокина. Быстрое снижение содержания ФНО $\alpha$ , IL-6 и повышение уровня IL-10 у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST свидетельствует о достоверном противовоспалительном эффекте тромболиза.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, воспаление, цитокины, тромболизис.

На протяжении последних десятилетий в структуре заболеваемости и смертности во всем мире первое место прочно занимают поражения сердечно-сосудистой системы, в том числе ИБС, включая её острые проявления [1,3,5,6], и первым в этом ряду стоит инфаркт миокарда (ИМ). В последние годы общепризнанной становится точка зрения, что наиболее реальным фактором как инициации и прогрессирования атеросклероза, так и развития его острых клинических проявлений является воспаление, а дестабилизация атеросклеротической бляшки определяется высокой активностью в ней хронического воспалительного процесса [4]. Существует целый ряд цитокинов, действие которых связано с активацией воспаления в атеросклеротической бляшке. Некоторые из них, например фактор некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), интерлейкин-1 $\beta$  (ИЛ-1 $\beta$ ), интерлейкин-6 (ИЛ-6), обладают провоспалительными свойствами, действие других, в частности интерлейкин-10 (ИЛ-10), связано с противовоспалительными реакциями [7, 13]. Среди различных провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$  обладает наиболее выраженным атерогенным действием. Степень повышения уровня ФНО- $\alpha$  в атеросклеротических бляшках выше, чем в неизменной сосудистой стенке и существенно повышена в бляшках, имеющих высокую активность воспаления [11]. Одним из ярких представителей провоспалительных цитокинов является интерлейкин ИЛ-6, обладающий широким диапазоном гуморальных и клеточных иммунных эффектов, связанных с воспалением и повреждением ткани. На его синтез влияют такие факторы как интерлейкин-1, ФНО- $\alpha$  [12]. В настоящее время доказано, что основной причиной развивающегося ИМ является тромбоз коронарных артерий, возникающий, как правило, на месте имеющейся атеросклеротической бляшки с поврежденной поверхностью. Поэтому основной патогенетический метод лечения инфаркта миокарда — это скорейшее восстановление проходимости пораженной инфаркт-связанной артерии, а также борьба с её реокклюзией [2]. На сегодня тромболитическая терапия (ТЛТ) - самый доступный путь достижения коронарной реперфузии у больных ИМ. Тромболитическая терапия успешно восстанавливает антеградный кровоток у 60-90% пациентов [9,10].

**Цель исследования:** Изучение провоспалительных (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-6) и противовоспалительного (ИЛ-10) цитокинов у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST, получающих тромболитическую терапию.

**Материал и методы:** Обследованы 30 пациентов ОИМ с подъемом сегмента ST поступившие в отделе-

ние неотложной кардиологии: 24 мужчин и 6 женщин, средний возраст пациентов составил  $53,7 \pm 8,3$  лет и 11 здоровых людей в том же возрастном аспекте составили контрольную группу. Диагноз ОИМ устанавливали на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих клинические данные, повышение кардиоспецифических ферментов, изменения ЭКГ с соответствующей динамикой и данных Эхо КГ. Критериями исключения служили: невозможность или нежелание дать добровольное информированное согласие на участие в исследовании или нарушение его протокола; пациенты с острыми воспалительными, онкологическими и аутоиммунными заболеваниями. Всем больным от момента поступления (1-3 сутки) проводилось изучение цитокинов (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, ИЛ-10). Для определения цитокинов использовались наборы реактивов для ИФА цитокинов человека фирмы "Вектор - Бест" (Новосибирск). В зависимости от проводимой терапии больные были распределены на две группы: 1-я группа (n = 20) - пациенты, которым проводили тромболитическую терапию с применением эбериказы и актилизе, и 2-я группа (n = 10) - без таковой. Отсутствие тромболитической терапии было обусловлено поздней госпитализацией больных (более 12 часов от момента появления ОИМ и наличием противопоказаний). Кроме тромболитической терапии всем больным назначались антитромбоцитарные препараты, антикоагулянты,  $\beta$ -блокаторы (67,5%), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (82%), нитраты (94%), антагонисты кальция (15,8%), гиплипидемические препараты (64%). Полученные данные обрабатывались с использованием программы пакета статистического анализа Excel 2000 и критерия Стьюдента.

**Результаты и обсуждение:** Как показали результаты проведенного исследования, у больных с ОИМ в первые сутки заболевания отмечается значительное повышение уровня провоспалительных цитокинов при сравнении с таковыми показателями в контрольной группе (табл.). Наши данные согласуются с результатами других исследователей, отмечавших повышение уровня провоспалительных цитокинов в первые сутки заболевания [7,8].

Уровни провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ФНО- $\alpha$  значительно низкие в 1-й группе (p < 0,005) на фоне тромболитической терапии, при сравнении с больными 2-й группы. Уровень ИЛ-10 у пациентов 1-й группы (p < 0,005) достоверно превышал таковой показатель, чем во 2-й группе. Нами не обнаружено достоверной прогностической значимости уровней ИЛ-1 $\beta$ .

Таблица

**Содержание цитокинов у больных с ОИМ в зависимости от проводимой терапии.**

Цитокин	Контроль (n - 11)	1-я группа (n - 20)	2-я группа (n - 10)
ФНО-α пг/мл	2,68 ± 1,5	10,9 ± 2,13*	15,03 ± 1,5*
IL-1β пг/мл	1,02 ± 0,4	2,08 ± 0,67	2,14 ± 1,1
IL-6 пг/мл	5,85 ± 3,4	15,82 ± 2,46*	50,12 ± 14,07*
IL-10 пг/мл	7,3 ± 3,5	65,57 ± 14,58**	51,92 ± 15,2**

Примечание: \* - достоверность между 1,2 группами группой контроля (P<0,001),  
 \*\* - достоверность между 1,2 группами и группой контроля (P<0,005)

Таким образом, подобная взаимосвязь процессов воспаления и тромбообразования позволяет объяснить механизм, в соответствии с которым антитромботическая терапия оказывает также и противовоспалительный эффект у больных с ОИМ. В нашем исследовании отмечено сниженное содержание провоспалительных цитокинов у больных 1-й группы, которым проводилась тромболитическая терапия при сравнении со 2-ой группой, что является свидетельством быстрого уменьшения воспалительного компонента.

**Выводы:**

1. У больных с ОИМ отмечено повышение активности системного воспаления, что отражается в повышении уровней маркеров воспаления провоспалительных цитокинов ФНО-α, ИЛ-6.
2. Сниженное содержание концентраций ФНО-α, ИЛ-6 у больных получивших ТЛТ свидетельствует об эффективности тромболитического, что проявляется в подавлении системного воспаления.
3. Определение концентраций про- и противовоспалительных цитокинов у больных ИМ может быть использовано в качестве дополнительного диагностического критерия, который будет способствовать более точной оценке эффективности тромболитической и антитромботической терапии.

**Литература:**

1. Арутюнов, Г.П. Неосложненный острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST. Современные стандарты диагностики и лечения. / Г.П. Арутюнов, А.В. Розанов // Сердце 2005. - Т. 4, №2. - С. 60-71.
2. Лупанов, В.П. Функциональные нагрузочные пробы в диагностике ИБС. Сердце: журнал для практикующих врачей, 2002, Том 1, №6, с. 294-305.
3. Оганов, Р.Г. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России / Р.Г. Оганов,

Г.Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2002. - №3. - С. 4-8.

4. Талаева Т.В., Амосова Е.Н., Братусь В.В. Механизмы инициации острого коронарного синдрома: роль модифицированных липопротеинов как аутоантигенного фактора // Укр. кардиол. журнал. - 2006. - № 5. - С. 18-24.
5. Чазов, Е.И. Российская кардиология на пороге XXI века / Е.И. Чазов // Кардиология-99: сб. науч. тр. М. 1999. - С. 10-15.
6. Чазов, Е.И. Проблемы первичной и вторичной профилактики сердечнососудистых заболеваний / Е.И. Чазов // Терапевтический архив 2002. - № 9. - С. 5-8.
7. Frostegard J., Ulfgaen A.K., Nyberg P. Cytokine expression in Advanced human atherosclerotic plaque: dominance of pro-inflammatory (Th 1) and macrophage-stimulating cytokines // Atherosclerosis. — 1999. — Vol. 145, № 1. — P. 33-34.
8. Neumann F.Z., Marx N., Gawas M. Induction of cytokine expression in leukocytes by binding of thrombin-stimulated platelets // Circulation. — 1997. — Vol. 95, № 10. — P. 2387-2394.
9. Schwarz ER; Schaper J, vom Dahl J et al; Myocyte degeneration and Cell death in hibernating human myocardium. J Am Coll Cardiol 27:1577- 85,1996.
10. Sciagra R, Leoncini M, Canizzaro G et al. Predicting revascularization outcome in\*, patients with coronary artery disease and left ventricular dysfunction (data from SERMINATOR study). Am J Cardiol 2002; 89 (Iss.12): 1369-73.
11. Sun M., Oparsky M.A., Steward D.Z. Temporal response and localization of integrins b 1 and b 3 in the heart after myocardial infarction // Circulation. — 2003. — Vol. 107, № 7. — P. 1046-1052.
12. Von der Thusen H., Kuiper J., Van Berkel T.J.C., et. al. // Pharmacol. Rev.- 2003.- Vol.55.- № 1.-P.133-166.
13. Zarma J., Laan C.A., Alam S. Increased platelet binding to circulating monocytes in acute coronary syndrome // Circulation. — 2002. — Vol. 105, № 18. — P. 2166-2171.

**Тұжырым**

**ST СЕГМЕНТІНІҢ КӨТЕРІЛУІМЕН ЖҮРЕТІН ЖЕДЕЛ МИОКАРД ИНФАРКТЫ КЕЗІНДЕГІ ЦИТОКИНДІК СТАТУСҚА ТРОМБОЛИТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІ**

**А.О. Аймагамбетова**

Қазіргі таңда миокард инфарктінің патогенезіндегі цитокиндер белсенділігіне көп көңіл бөлінеді. Бұл жұмыста ST сегментінің көтерілуімен жүретін жедел миокард инфартына шалдыққан науқастарда (IL-1β, IL-6, IL-10, ФНОα) цитокиндердің зерттеулері жүргізіледі. Зерттеу нәтижесінде анықталған қабынуға қарсы цитокиндің төмендеуі және қабыну шақыратын цитокиндердің жоғарлауы миокард инфарктына шалдыққан науқастарда жүйелі қабынудың белсенділігінің артуы көрсетеді. IL-6, ФНОα төмендеуі және IL-10 жоғарлауы тромболитистің қабынуға қарсы жақсы әсер ететіндігін дәлелдейді.

**Summary**

**ACTION OF THROMBOLYTIC THERAPY ON CYTOKINE ST STATUS OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH ST SEGMENT ELEVATION**

**A.O. Aimagambetova**

Cytokine's activation in pathogenesis of myocardial infarction attaches great importance. In the present study, conducted the study of cytokines (IL-1β, IL-6, IL-10, ФНОα) in patients with acute myocardial infarction with elevation ST receiving thrombolytic therapy. Revealed that in patients with myocardial infarction emphasized expansion in systemic inflammation, that is reflected in increasing levels of pro-inflammatory cytokines and reduced inflammatory cytokine. The rapid reduction of IL-6, ФНОα and increases to IL-10 patients with acute myocardial infarction with elevation ST shows authentic anti-inflammatory effect of thrombolysis.

УДК 616.71-001.51-616.33-073.75

А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, А.Б. Ахметбаева, А.Т. Токенбаева,  
А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.С. Жабагина

Государственный медицинский университет города Семей

## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НАПРЯЖЕНИЯ (ПН)

## Аннотация

Рентгенологические проявления адаптационных изменений костной ткани нередко наблюдаются у молодых людей, солдат и спортсменов при профессиональных или спортивных перегрузках, чаще односторонне в зависимости от вида спорта. Подобные зоны перестройки иногда трактуются как истинные переломы, кроме того, рентгенологическая картина таких изменений нередко требуют дифференциальной диагностики между процессами воспалительной и опухолевой природы. Рассматривая различные способы диагностики следует отметить, что наиболее часто ПН выявляются с помощью обычной рентгенографии. компьютерная томография (КТ) не обладает решающим значением в диагностике обычных ПН. Однако, в выявлении продольных ПН, по сравнению с общепринятой рентгенографией, КТ отличается большим разрешением. Кроме того, КТ считается ведущим методом в определении различий между опухолевой массой и избыточной костной мозолью.

**Ключевые слова:** лучевая диагностика, компьютерная томография (КТ), переломы напряжения (стресс-переломы).

**Актуальность.** Костная ткань, особенно в детском и юношеском возрасте, обладает выраженной пластической способностью видоизменяться и приспосабливаться к разнообразным условиям воздействия физической нагрузки, не превышающей физиологические пределы. В подобных условиях в костных структурах иногда может наблюдаться постепенно возникающая пластическая компенсаторная перестройка, которая, как правило, не сопровождается какими-либо клиническими проявлениями.

Вместе с тем, под воздействием внезапных возрастающих или длительных физических перегрузок в различных отделах опорно-двигательного аппарата нередко возникают рентгенологически выявляемые зоны патологической перестройки элементов костной ткани поротического или гипертрофического характера. При этом изменения в костной ткани нередко сопровождаются болевыми ощущениями. Впервые зоны перестройки, напоминающие перелом, описали E. Looser и L. Milman.

В практической работе врача-рентгенолога зоны перестройки встречаются достаточно часто. Рентгенологические проявления адаптационных изменений костной ткани нередко наблюдаются у молодых людей, солдат и спортсменов при профессиональных или спортивных перегрузках, чаще односторонне в зависимости от вида спорта [1,3,5]. В костях нижних конечностей лоозеровские зоны возникают у бегунов, прыгунов, футболистов, лыжников; в верхних конечностях – у гимнастов, пловцов, волейболистов. У спортсменов-метателей (ядро, копье, диск), как правило, зоны перестройки наблюдаются в костях метающей руки, у прыгунов (барьерный бег, прыжки в высоту и длину) - в толчковой ноге. Даже у женщин иногда наблюдаются остро или хронически развивающиеся лоозеровские зоны в плюсневых костях при перемене фасона обуви, что приводит к перегрузке стопы из-за непривычных статических условий. Значительно реже ПН возникают у лиц различных возрастных групп на фоне уже имеющих в костном аппарате патологических изменений.

Различают два типа ПН: во-первых, изменения, возникающие в изначально нормальной костной структуре, и, во-вторых, на фоне измененной костной ткани, отличающейся меньшей упругостью и низким содержанием минеральных веществ в результате ранее развившегося воспалительного, дегенеративно-дистрофического или опухолевого патологического процесса. ПН у таких пациентов обычно возникают на более ограниченном

пространстве при меньшем физическом напряжении, чем у лиц с нормальной костной структурой, и, кроме того, чаще при однократной физической перегрузке. Следует иметь в виду, что большинство ПН успешно излечиваются без последствий в условиях покоя (разгрузки), т.е. при использовании нехирургических способов лечения. Однако, если нагрузка продолжается, боль чаще усиливается.

**Материалы и методы исследования.** В нашем материале представлены клиничко-рентгенологические данные о зонах перестройки костной ткани – переломах напряжения (ПН), возникающих при длительных физических перегрузках чаще у спортсменов и новобранцев. Подобные зоны перестройки иногда трактуются как истинные переломы, кроме того, рентгенологическая картина таких изменений нередко требуют дифференциальной диагностики между процессами воспалительной и опухолевой природы. Освещены так же особенности рентгенологического изображения ПН в различных отделах костного скелета.

Нами с помощью рентгенографии прослежена картина ПН у 12 пациентов (9 мужчин и 3 женщины в возрасте 14-25 лет): в области пястных костей стопы (у 6) [рис.1] и одного в пяточной кости (рис.2), в проксимальном метафизе большеберцовой кости (у 4) и у одного - в дистальном метафизе бедра (рис.3). Большинство пациентов предъявляли жалобы на боли в стопе или голени, возникшие после продолжительных физических нагрузок (спортивный бег, гимнастика, однообразная физическая работа на заводе). Боль прекращалась в покое. При осмотре наиболее болезненная точка, как правило, совпадала с локализацией зоны перестройки в костном аппарате. Болевые ощущения у большинства пациентов носили центральный характер и не были похожи на боли при бурсите или тендовагините. Вместе с тем, у некоторых из них, не связанных со спортом, анамнестические данные о нагрузках носили неопределенный характер.

В костной ткани постоянно происходит физиологический процесс созидания и резорбции за счет остеобластов и остеокластов. В условиях нормы этот процесс непрерывен и взаимно уравновешен, что обеспечивает на рентгеновском снимке оптимальную по плотности изображения структурную архитектуру губчатой и компактной костной ткани. Ослабление или отсутствие физических нагрузок приводит к превышению резорб-

ции костной ткани, выведению минеральных веществ и возникновению остеопороза.

Вместе с тем, костная ткань способна противостоять значительному механическому воздействию окружающей среды. Однако при чрезмерных физических перегрузках однотипного характера в местах длительного механического напряжения в костной ткани могут возникать локальные микрповреждения. В зонах перегрузки начинает преобладать процесс рассасывания костной ткани и нарушается постоянно протекающее моделирование структуры, в связи с чем в результате превышения резорбции могут возникнуть, так называемые, зоны перестройки, часто трактуемые как ПН. В указанных

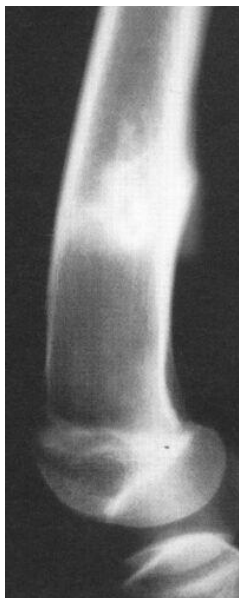
зонах костная структура замещается соединительной тканью, поэтому зоны перестройки на рентгенограммах чаще бывают представлены в виде полосок просветления шириной до 10 мм. Такая полоска может занимать весь поперечник кости или только его часть. В ряде случаев на снимке в зоне перестройки наблюдается полоса уплотнения костной структуры, что, по нашему мнению, подобно картине импрессионного перелома на фоне асептического некроза при остеохондропатии. Покой и тепло обычно в течение 3-4 мес приводят к выздоровлению и полному восстановлению на снимке нормальной костной структуры.



**Рисунок 1.** Юноша 17 лет. Занимался спортивным бегом. Перелом напряжения в области дистального метадиафиза 2-й плюсневой кости левой стопы в виде муфтообразного утолщения за счет периостальной реакции и наличия поперечной линии просветления. В покое полное восстановление структуры через 2 месяца.



**Рисунок 2.** Молодой человек 22 лет. Занимается футболом. Зона перестройки в пяточной кости в виде широкой полосы уплотнения костной ткани.



**Рисунок 3.** Молодой спортсмен (19 лет). Прыжки в длину. Выраженная гиперпластическая реакция костной ткани (перелом напряжения) в области дистального метадиафиза бедра.

Хочется привести еще один случай перестройки костной ткани. Подростки-близнецы направлены на рентгенологическое исследование с жалобами на боль в верхней трети большеберцовой кости справа, связан-

ные с большими физическими нагрузками, припухлость, нарушение функции правой нижней конечности. На рентгенограммах костей голени в верхней трети правой большеберцовой кости определяется деформация в виде утолщения кортикального слоя с признаками линии перелома (рис.4,5).

С морфологической точки зрения рентгенологическую картину трактуют по-разному: как ложный или скрытый перелом, усталостный перелом, перелом от напряжения. Считается, что в гистологической основе зоны перестройки лежит лакунарное рассасывание с заменой старой костной ткани на новую. Но при этом, как правило, отсутствуют признаки воспаления или опухолевого процесса.

Рассматривая различные способы диагностики следует отметить, что наиболее часто ПН выявляются с помощью обычной рентгенографии. Так, маршевая стопа нередко наблюдается у молодых солдат в период интенсивных перегрузок (марш-бросок, бег по пересеченной местности и др.). При этом возникают зоны перестройки в костях стопы, чаще в диафизе II или III плюсневых костей, в виде веретенообразного периостального уплотнения, на уровне которого прослеживается линия просветления (лоозеровская зона).

Иногда при первичном исследовании на рентгеновских снимках изменений в костной структуре обнаружить не удается. Их можно обнаружить при повторном исследовании через некоторое время, например через 1,5-2 недели. Иногда изменения возникают значительно позже - через несколько месяцев.



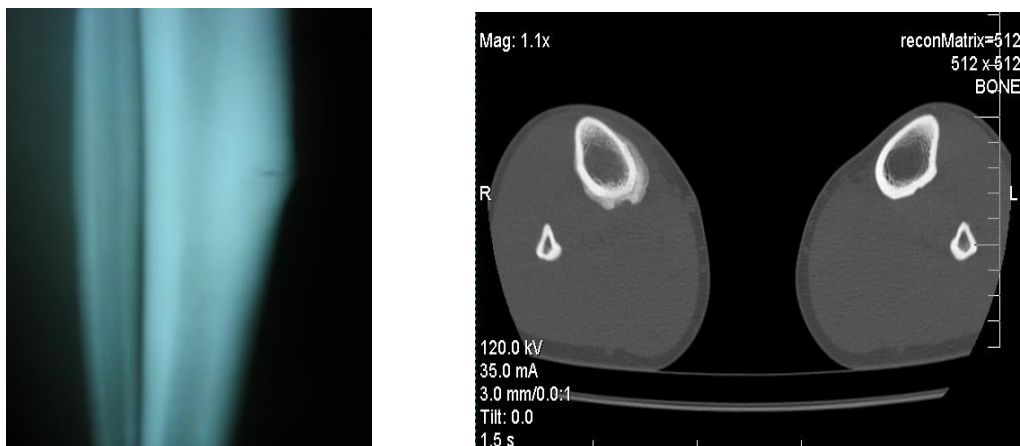


Рисунок 4. Молодой солдат С.Е., 1993г.р. Выраженная гиперпластическая реакция костной ткани (перелом напряжения) в области проксимального метадиафиза большеберцовой кости.

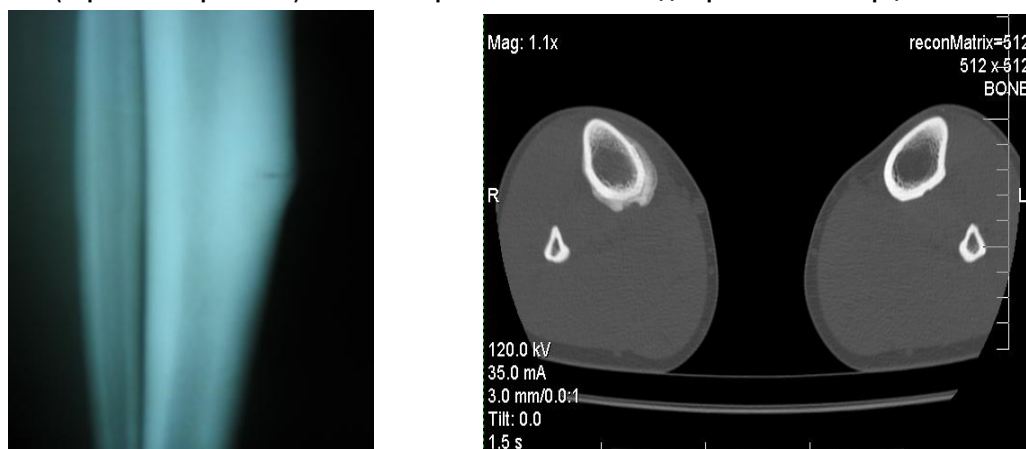


Рисунок 5. Молодой солдат С.Н., 1993г.р. Выраженная гиперпластическая реакция костной ткани (перелом напряжения) в области проксимального метадиафиза большеберцовой кости.

Прекращение физических перегрузок и покой обычно предотвращают возникновение рентгенологически выявляемых изменений. ПН могут локализоваться как в губчатой костной структуре, так и в кортикальном веществе. Обычно на наружной части кортикального слоя появляется тонкий слой уплотненной надкостницы. На этом же уровне может возникнуть линия просветления за счет истинного перелома. В этом случае через месяц определяется веретенообразной формы, слабой интенсивности, поперечно расположенное уплотнение – мозоль. Иногда костная мозоль становится настолько плотной, что возникает необходимость выбора между последствиями процесса воспалительной природы и опухолью. В подобных ситуациях придается значение клиническим данным и осведомленности о наиболее типичной локализации ПН в определенных костях скелета. В трубчатых костях изменения могут распространяться на диафизарные отделы. В губчатых костях (например, в пяточной кости, проксимальном метафизе большеберцовой, шейке бедра), могут наблюдаться ПН, обусловленные компрессионными явлениями, в виде поперечной полосы уплотнения, перпендикулярной продольным костным трабекулам.

Из перечня других методик исследования компьютерная томография (КТ) не обладает решающим значением в диагностике обычных ПН. Однако, в выявлении продольных ПН, по сравнению с общепринятой рентгенографией, КТ отличается большим разрешением. Кроме того, КТ считается ведущим методом в определении различий между опухолевой массой и избыточной костной мозолью. Наибольшие трудности могут возникнуть

при большой толщине томографических срезов, в связи с чем рекомендуется производить срезы толщиной в 1-2 мм на аппаратах высокого разрешения.

В практической работе нередко возникает необходимость дифференциации рентгенологической картины между ПН и другими патологическими процессами:

- остеоид-osteомой,
- хроническим остеомиелитом с явлениями остеосклероза,
- остеогенной саркомой,
- костными метастазами,
- опухолью Юинга.

ПН в большеберцовой кости обычно связаны с физическими перегрузками у спортсменов и молодых солдат. Рентгенологически определяется довольно широкая поперечная полоса уплотнения (рис.3) в области проксимального метафиза. ПН подобного характера могут наблюдаться так же у пожилых людей, однако возникающий у таких пациентов болевой синдром, нередко ошибочно связывают только с нарушением статики.

#### Заключение

В формировании ПН следует отметить определенные тенденции локализации и ряд определенных причинных факторов:

- подавляющее большинство ПН (до 87,2%) наблюдается в костях стопы (плюсневые и пяточная) и большеберцовой кости;
- возникают они, как правило, при прямом повторяющемся воздействии на костный аппарат физической нагрузки или тяжести;

- могут возникать при повторяющемся сокращении мышечных антагонистов;
- при локальной травматизации отдельных костных образований.
- В практической работе в целях своевременной диагностики ПН важную роль играют тщательный персональный учет и анализ:
  - клинических данных (наличие болевого синдрома и др.);
  - детальных механизмов физического воздействия на ту или иную область скелета;
  - особенностей картины рентгенологического изображения.

Любой факт непривычной деятельности или физического воздействия, имевшийся перед возникновением болевого синдрома, может оказаться полезным для диагностики при совпадении зоны костной перестройки на рентгеновском снимке с локализацией болевых ощущений. Рентгенологическая картина ПН чаще бывает ясна, особенно в тех случаях, когда очевидна связь

фактора физической перегрузки и болевого синдрома. Весомым доказательством правильности заключения является заживление ПН в покое и исчезновение болевых ощущений. Как правило, оперативное лечение при ПН не показано.

#### Литература:

1. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов // М, 1964, т.2, с.103-127
2. Ahluwalia R, Datz FL, Morton KA, Anderson CM, Whiting JH Jr. Bilateral fatigue fractures of the radial shaft in a gymnast. // Clin Nucl Med.-1994. №19. p.665-667
3. Anderson MW, Greenspan A. Stress fractures // Radiology.-1996. v.199. p.1-12
4. Chevrot A, Lacombe P, Zenny JC, Auberge T, Vallee C, Gires F, Palardy G Fracture de fatigue du cadre obturateur apres arthroplastie de handle // Rev Rhum.-1986. №53. p.129-132
5. Daffneh RH. Stress fractures. Current concepts // Skeletal Radiol.-1978. №32.p.221-229

#### Тұжырым

### ҚАЛЫПТАН ТЫС КҮШТІҢ ӘСЕРІНЕН СҮЙЕК СЫНУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ КӨРІНІСІ

Ахметбаева А.К., Янченко А.А., Ахметбаева А.Б., Токенбаева А.Т.,  
Рахимбеков А.В., Едильканова Н.М., Жабагина А.С.

Қалыптан тыс күштің әсерінен сүйек сынуын остеоид-остеома, созылмалы остеомиелит, остеогенді саркома, сүйек метастаздары, Юинг ісігімен салыстырмалы диагностика жүргізу қажет.

#### Summary

### CLINICORADIOLOGICAL APPEARANCE OF STRESS FRACTURES

Akhmetbayeva A.K., Yanchenko A.A., Akhmetbayeva A.B., Tokenbayeva A.T.,  
Rakhimbekov A.V., Edilkanova N.M., Zhabagina A.S.

Clinicoradiological picture of stress fractures and differential diagnostics with chronic osteitis, osteoid-osteoma, osteomyelitis, osteosarcoma and ewing's tumor.

УДК 616.831 – 616.33 – 073.75

А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, А.В. Рахимбеков, К.В. Тимофеева

Государственный медицинский университет города Семей

## НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОРГАНОГЕНЕЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

#### Аннотация

Все грубые пороки развития головного мозга сопровождаются тяжелой умственной отсталостью, врожденными пороками других органов. Активное использование современных нейровизуализирующих методов обследования позволило значительно расширить знания в области аномалий головного мозга, определить их роль при оценке неврологического статуса и прогноза заболевания.

**Ключевые слова:** Компьютерная томография, аномалии головного мозга, дифференциальная диагностика.

Аномалии развития головного мозга одна из частых причин появления неврологической симптоматики у новорожденных и детей первых лет жизни. Все грубые пороки развития головного мозга сопровождаются тяжелой умственной отсталостью, врожденными пороками других органов. Рождение детей с грубыми пороками развития головного мозга – это тяжелый социальный и психологический аспект, как для родителей ребенка, так и для всего общества.

Классификация пороков развития головного мозга, обусловленных нарушением органогенеза (Harwood-Nash D., 1992)

1. Нарушение закрытия нейрональной трубки  
- аномалия Арнольда-Киари

- цефалоцеле
- агенезия мозолистого тела
- комплекс Денди-Уолкера
- краниошизис
- 2. Нарушение дивертикуляции или деления мозга  
- голопрозэнцефалия (алобарная, семилобарная, лобарная)
- септикооптичная дисплазия
- 3. Нарушения образования извилин и клеточной миграции (мальформации кортикального развития)
- 4. Нарушение размеров  
- микроцефалия  
- макроцефалия
- 5. Деструктивные поражения

- гидранэнцефалия
- порэнцефалия
- воспалительные заболевания, обусловленные краснухой, токсоплазмозом, герпесом
- гипоксически-аноксические поражения

6. Обструктивные нарушения (стеноз водопровода)

**Цель исследования:** изучение частоты и структуры врожденных пороков развития головного мозга у новорожденных и детей первых лет жизни по данным отделения компьютерной томографии МЦ ГМУ г. Семей.

**Материалы и методы исследования**

В основу работы положен анализ КТ исследований головного мозга 205 новорожденных и детей первых лет жизни (1-3 года), находившихся на стационарном лечении в МЦ ГМУ г. Семей с 2008 по 2012 гг. Компьютерная томография проводилась на компьютерном томографе GE СТе (США). КТ проводилась с шагом томографирования 5 мм с углом наклона Гентри параллельно основанию головного мозга.

Для контрастного усиления у 26 детей применялось неионное контрастное вещество «Ультравист» (Shering) из расчета 1,0 ml на кг массы тела. КТ детям выполня-

лась по строгим клиническим показаниям. Наиболее распространенными показаниями к нейрорадиологическому исследованию детей является отставание в психическом развитии, судорожный синдром, гидроцефальный синдром, признаки органического или инфекционного поражения головного мозга. Для обеспечения неподвижности ребенка проводилось введение седативных препаратов.

**Результаты исследования.**

Нарушение органогенеза головного мозга выявлено у 29 детей, что составляет 14,1% среди общей патологии. В структуре грубых пороков развития головного мозга наиболее частыми изменениями явились деструктивные повреждения мозга, вызванные гипоксически-аноксическими поражениями (рис.1) и внутриутробными воспалительными поражениями. Последствия гипоксических поражений головного мозга во внутриутробном развитии проявляется кистозной дегенерацией паренхимы головного мозга, которая выявлена у 6 детей, деструктивные изменения в результате внутриутробных инфекций выявлены в 3-х случаях.

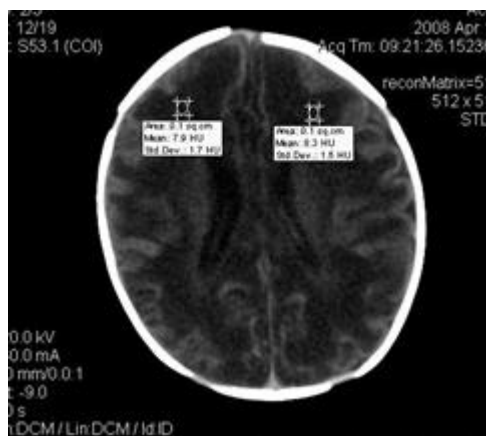


Рисунок 1. Деструктивное поражение головного мозга гипоксического генеза



Рисунок 2. Гидранэнцефалия

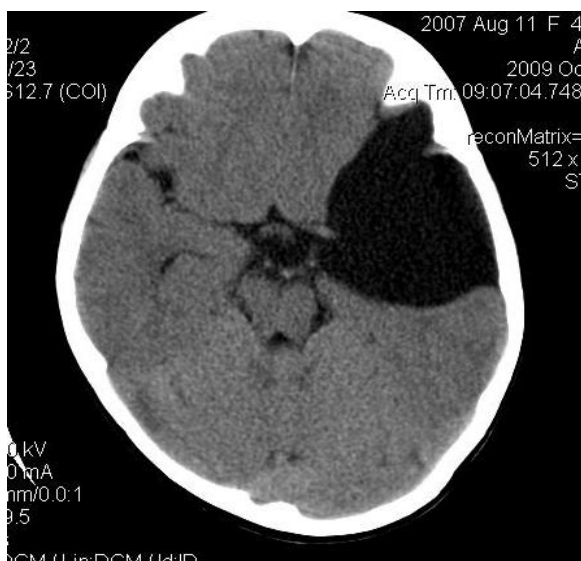


Рисунок 3. Порэнцефалическая киста лобно-височной области левой гемисферы.



Рисунок 4. Множественные пороки головного мозга. Нарушение дивертикуляции головного мозга. Истинная порэнцефалия. Шизэнцефалия-расщелина в веществе головного мозга, сообщающаяся наружное субарахноидальное пространство с желудочками головного мозга.

Так же, из деструктивных поражений головного мозга выявлено 6 случаев гидранэнцефалии. Гидранэнцефалия (рис.2) – это грубый порок развития головного мозга, характеризующийся отсутствием полушарий головного мозга при сохранении таламусов и мозжечка. Гидранэнцефалия многофакторный порок развития, образуется в результате нарушения формирования нервной трубки в период 21-28 дня беременности. Гидранэнцефалия была диагностирована у 2 девочек и 4 мальчиков, все случаи за исключением одного были выявлены в течение перво-

го месяца жизни. В одном случае диагноз был выставлен на третьем месяце жизни.

Порэнцефалия (рис.3,4) выявлена у двух детей в возрасте от одного до трех лет. Порэнцефалия- это ликворосодержащая полость, сообщающаяся с наружным субарахноидальным пространством или с желудочками головного мозга. Порэнцефалия может быть истинной (врожденной) и ложной вследствие перенесенных процессов (травматических, воспалительных и т.д.).

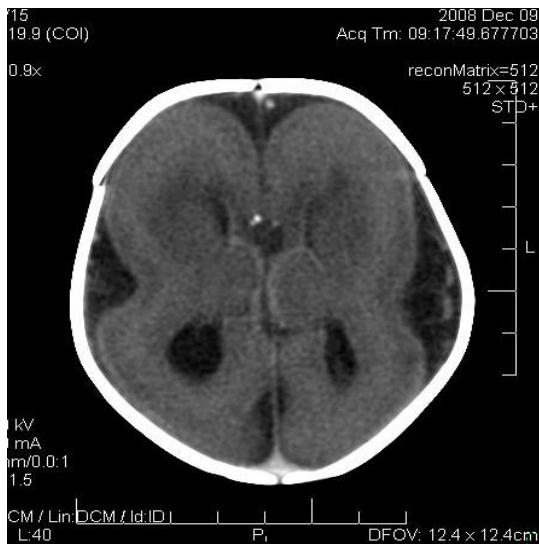


Рисунок 5. Агирия. Борозды мозга отсутствуют (гладкий мозг). Синдром двойной коры.

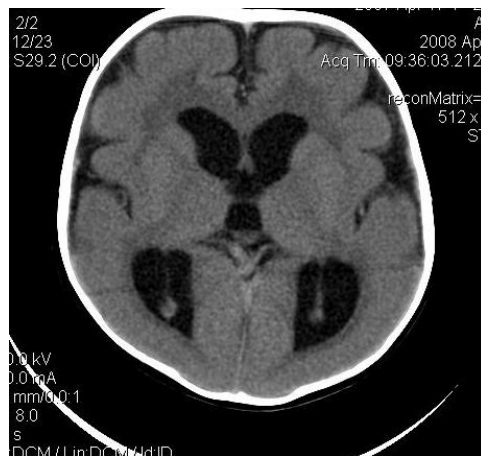


Рисунок 6. Пахигирия

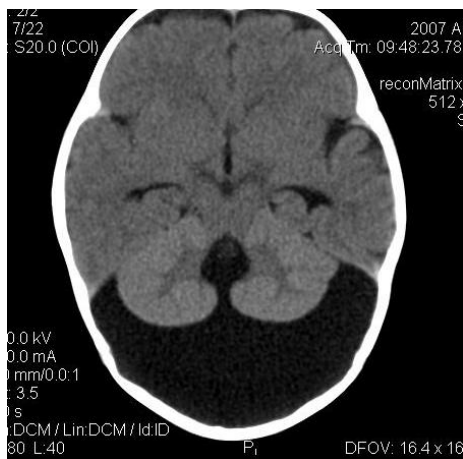


Рисунок 7. Комплекс Денди -Уолкера

Далее по частоте следуют пороки развития головного мозга, связанные с нарушением формирования извилин – 5 случаев. Из этой группы пороков были выявлены лиссэнцефалия (агирия)-3 случая (рис.5) и пахигирия (широкие плоские извилины) -2 случая (рис.6). Лиссэнцефалия (агирия) и пахигирия - недоразвитие мозговых извилин с гладкой поверхностью мозговых полушарий, может быть тотальной и очаговой. В целом для лиссэнцефалии характерна умственная отсталость, раннее начало эпилепсии. Встречается одинаково часто как у девочек, так и у мальчиков. В одном случае лиссэнцефалии сочеталась с синдромом двойной коры (в утолщенной коре головного мозга определяется тонкий слой белого вещества-ленточная гетеротопия).

Третья группа пороков головного мозга – нарушение дивертикуляции головного мозга (голопроэнцефалия)

была выявлена у двух больных. Голопроэнцефалия-это неполное разделение полушарий головного мозга различной степени выраженности. В одном случае голопроэнцефалия сочеталась с мальформацией лица (расщелина твердого неба).

В группе аномалий нарушения закрытия нейрональной трубки были выявлены агенезия мозолистого тела - 4 случая и 1 случай комплекса Денди-Уолкера (рис. 7). Агенезия мозолистого тела выставлялась по косвенным признакам, к которым относится увеличение расстояния между боковыми желудочками, боковые желудочки параллельны друг другу, межполушарная щель является продолжением третьего желудочка из-за отсутствия колена мозолистого тела.

Комплекса Денди-Уолкера характеризуется гипоплазией гемисфер мозжечка, агенезией червя мозжечка, расширением четвертого желудочка, кистой задней черепной ямки.

**Выводы:**

1. Активное внедрение в практику детского невролога современных нейровизуализирующих методов обследования позволило значительно расширить знания в области аномалий головного мозга, определить их роль при оценке неврологического статуса и прогноза заболевания.

2. По данным КТ выявлена высокая частота грубых пороков развития головного мозга, характеризующаяся деструктивными поражениями. Среди данной группы наиболее частыми причинами нарушения органогенеза явились гипоксически-аноксические поражения и воспалительные заболевания. Данные причины пороков головного мозга устранимы здоровым образом жизни родителей, ранней диагностикой воспалительных заболеваний, правильным ведением беременности.

3. Высокий процент рождения детей с гидранэнцефалией, что свидетельствует о неполном охвате плановым ультразвуковым исследованием беременных.

Сомнительные результаты при КТ были выявлены при диагностике таких аномалий развития головного

мозга, как гетеротопии, закрытая шизэнцефалия. Данным пациентам была рекомендована магнитно-резонансная томография.

#### Тұжырым

### БАС МИЫНЫҢ ОРГАНОГЕНЕЗИНІҢ БҰЗЫЛУЫН ВИЗУАЛИЗАЦИЯ АРҚЫЛЫ ЗЕРТТЕУ

А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, А.В. Рахимбеков, К.В. Тимофеева

Бас миының іштен туа пайда болған патологиясын алдын алуда ана құрсағындағы кезеңде зерттеу жүргізу қажет.

#### Summary

### DIAGNOSE PATHOLOGY OF BRAIN ORGANOGENESIS

A.K. Akhmetbayeva, A.A. Yanchenko, A.V. Rakhimbekov, K.V. Timofeeva

Pathology of brain organogenesis disorder is a difficult social aspect as parents and society It is necessary to diagnose the brain organogenesis disorder during intrauterine growth

УДК 618.177-616.33-073.75

А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, Н.Т. Масалимова, А.В. Рахимбеков, Ж. Турсынканова, А. Мухамедова

Государственный медицинский университет города Семей

## РОЛЬ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БЕСПЛОДИЯ

#### Аннотация

Роль гистеросальпингографии в выявлении патологии матки и маточных труб, которые часто могут быть причиной бесплодия огромна. Наряду с современными лучевыми методами диагностики, как УЗИ, МРТ органов малого таза, гистеросальпингография остается ценным рентгенологическим методом диагностики целого ряда заболеваний и аномалий развития внутренних половых органов у женщин, приводящих к бесплодию.

**Ключевые слова:** Гистеросальпингография, бесплодие, аномалии развития женских половых органов.

Бесплодным браком, по определению ВОЗ, считается брак, в котором отсутствует беременность в течение одного и более лет при условии регулярной половой жизни без предохранения. Причины женского бесплодия многообразны. В настоящее время выделяют 4 основные группы причин женского бесплодия:

- анатомо-функциональные;
- эндокринные;
- иммунологические;
- психологические.

Несмотря на широкий спектр традиционных и современных методов лучевой диагностики, таких как ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ), гистероскопия (ГС), лапароскопия (ЛС), гистеросальпингография (ГСГ), использующихся в выявлении и уточнении формы порока, проблема диагностики аномалий развития женских половых органов остается достаточно сложной.

Необходимо отметить особую роль гистеросальпингографии в выявлении патологии матки и маточных труб, которые часто могут быть причиной бесплодия.

#### Материал и методы исследования

За 2008-2012 годы в медицинском центре ГМУ г.Семей обследовано 188 пациенток, обратившихся по поводу бесплодия. Было выявлено 64 пациентки с первичным бесплодием и 124 – со вторичным бесплодием. Всем пациенткам были выполнены стандартные методы клинико-лабораторного обследования, включающие УЗИ органов малого таза и проведена гистеросальпингография.

Показаниями к гистеросальпингографии являются подозрение на трубное бесплодие, туберкулёз полости матки и труб, внутриматочную патологию (подслизистая миома матки, полипы и гиперплазия эндометрия, внутренний эндометриоз, внутриматочные сращения), аномалии развития матки, инфантилизм, истмико-цервикальную недостаточность.

Противопоказаниями к гистеросальпингографии являются общие инфекционные процессы в организме (грипп, ангина, ринит, тромбофлебит, фурункулёз), тяжёлые заболевания паренхиматозных органов (печени, почек), недостаточность сердечно-сосудистой системы, гипертония, острые и подострые воспалительные процессы матки и придатков, кольпит, бартолинит, цервицит.

Гистеросальпингографию не проводят при наличии изменений клинической картины крови (повышение СОЭ, увеличение количества лейкоцитов) и мочи. Абсолютное противопоказание к проведению гистеросальпингографии — повышенная чувствительность к йоду.

В зависимости от цели исследования и предполагаемого диагноза гистеросальпингографию проводят в различные дни менструального цикла: для выявления проходимости маточных труб, истмико-цервикальной недостаточности — во вторую фазу менструального цикла, при подозрении на внутренний эндометриоз — на 7-8-й день цикла, при подозрении на подслизистую миому матки — в любую фазу цикла при отсутствии обильных кровянистых маточных выделений.

Гистеросальпингографию проводили на рентгенологическом аппарате TOSHIBA (Япония), с использованием контрастного вещества Омнипак-300 мг.

Для гистеросальпингографии применяют канюлю типа Шульца, которая состоит из трубки длиной 30–35 см. Её внутренний диаметр равен 1,5–2,0 мм. Один конец трубки соединяют с 10 или 20 граммовым шприцем. На другом конце укрепляют конусовидный наконечник, который вводят в цервикальный канал, чтобы плотно закрыть наружный зев. На трубке имеется подвижный «наездник» с винтом, на котором укрепляют бранши пулевых щипцов таким образом, чтобы последние плотно удерживали наконечник в шейке матки. Канюлю заполняют подогретым до температуры тела контрастным веществом. Убедившись в герметичности закрытия наружного зева путём введения небольшого количества контрастного вещества в полость матки, влагалитские зеркала удаляют, а женщину укладывают на столе так, чтобы центральный рентгеновский луч проходил через верхний край лона. Для защиты врача от рентгеновского излучения наряду со специальным фартуком, укрепленным на рентгеновском аппарате для исследований, применяют подвижную свинцовую ширму, защищающую туловище и ноги врача.

Для получения первого снимка вводят 2–3 мл контрастной жидкости, чтобы получить рельефное изобра-

жение полости матки. После обработки и просмотра первого снимка дополнительно вводят ещё 3–4 мл контрастного вещества и делают второй снимок. При этом получают более тугое заполнение полости матки, и контрастная жидкость обычно попадает в трубы и в брюшную полость. После просмотра второго снимка в случае необходимости делают третий. Обычно на всю процедуру расходуют от 10 до 20 мл контрастной жидкости.

**Результаты и обсуждение**

Группу с первичным бесплодием в возрасте 20-30 лет составили 36 пациенток, 31-40 лет – 25 пациенток, старше 40 лет -3.

Группу со вторичным бесплодием составили женщины в возрасте 20-30 лет – 48; 31-40 лет – 67, старше 40 лет – 9 пациенток (рис. 1).

При первичном бесплодии непроходимость маточных труб составила 20,3% (13 случаев). Аномалии развития матки (седловидная матка и двурогая матка) – 10,9% (7 случаев), туберкулез матки и придатков – 1 случай.

Непроходимость маточных труб при вторичном бесплодии выявилась в 23,3% (29 случаев), спаечный процесс – 7,2% (9 случаев), внутриматочные синехии – 1,6% (2 случая), аномалии развития – 3,2% (4 случая), эндометриоз – 1,6% (2 случая).

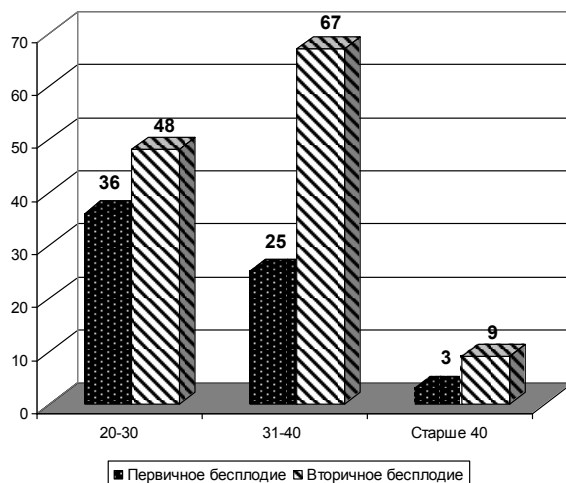
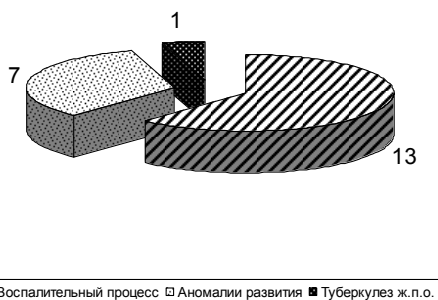


Рисунок 1. Распределение пациенток по возрасту и характеру бесплодия

Причины первичного бесплодия у пациенток, обследованных в МЦ ГМУ г.Семей



Причины вторичного бесплодия у пациенток, обследованных в МЦ ГМУ г.Семей

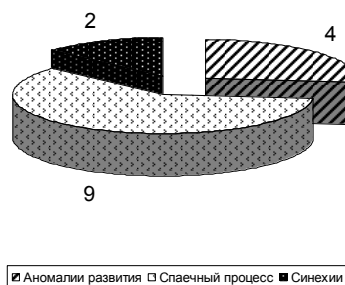


Рис. 2. Характер заболеваний женских половых органов, ставших причиной бесплодия

Внематочная беременность наблюдалась у 20 пациенток, а у 19 пациенток беременность прерывалась медицинскими абортми, которые были причинами вторичного бесплодия (рис. 2).

На рентгенограммах в норме (рис.3) полость тела матки имеет форму равнобедренного треугольника, расположенного вершиной вниз. Основание треугольника (4 см) соответствует дну полости матки, а у вершины



расположен анатомический внутренний маточный зев. В нижнем отделе полость тела матки переходит в перешеек матки. Длина перешейка 0,8–1,0 см, за ним начинается канал шейки матки. Его форма может быть конической, цилиндрической, веретенообразной и зависит от фазы цикла. Трубы на рентгенограммах проявляются в виде тонких, иногда довольно извилистых лентообразных теней. Рентгенологически можно определить три анатомические части трубы: интерстициальную, истмическую и ампулярную. Интерстициальный отдел — в виде короткого конуса, переходящего после некоторого сужения в довольно длинный истмический отдел. Переход истмического отдела в более широкий ампулярный отдел на рентгенограммах не всегда отчётлив. Иногда хорошо видна продольная складчатость слизистой оболочки трубы.

Контрастная жидкость из ампулы трубы вытекает в виде полоски и затем в большей или меньшей степени размазывается по брюшной полости в виде дыма горящей сигареты. Показатель хорошей проходимости труб — растекание контрастного вещества по брюшине в отдалённые от ампулы места.

Из причин, вызывающих трубное бесплодие, на первом месте стоят воспалительные процессы. У 13 (20,3%) пациенток причиной первичного бесплодия явились воспалительные процессы матки и придатков. Чаще при воспалении обнаруживают непроходимость труб в интерстициальном отделе и реже — некоторое расширение этого отдела. Это характерно для туберкулёзного поражения. Непроходимость труб в ампулярном отделе даёт различные картины в зависимости от причины и продолжительности воспалительного процесса. Брюшное отверстие трубы часто склеивается спайками, а экссудат растягивает ампулярную часть трубы до различных размеров (рис. 4). Контрастное вещество легко смешивается с серозным экссудатом и придаёт отчётливую картину колбообразной ампулярной части трубы. Иногда после ранее проведённого лечения происходит резорбция содержимого сактосальпинкса, стенки его спадаются. При проведении перед гистеросальпингографией вагинального исследования больших отклонений от нормы не обнаруживают, а на рентгенограммах выявляют картину значительных сактосальпинксов.

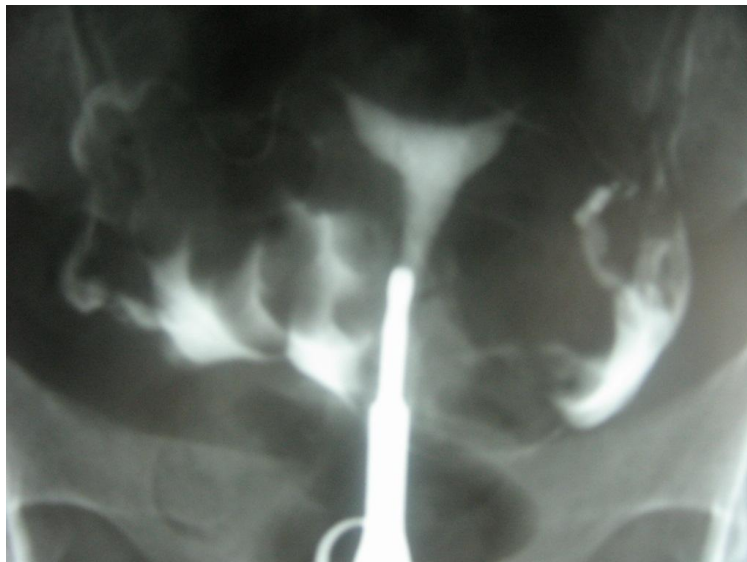


Рисунок 3. Гистеросальпингография при проходимых маточных трубах.

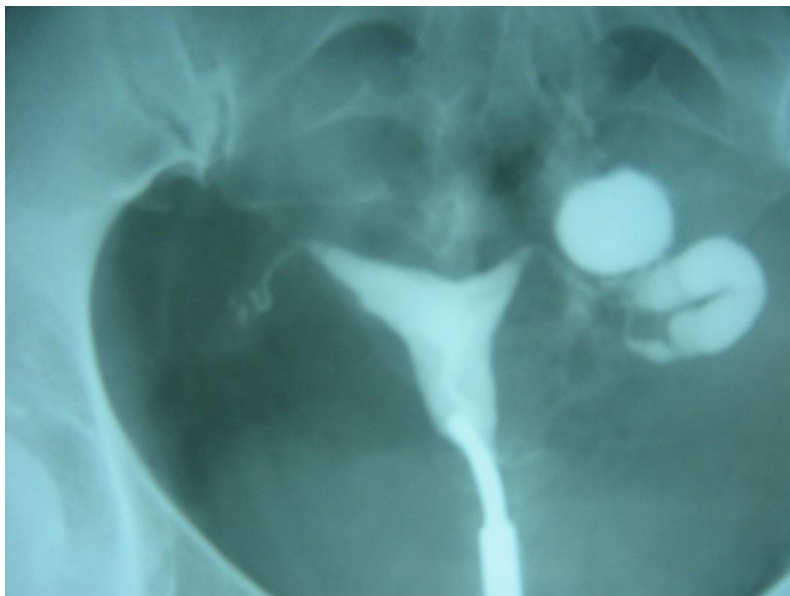


Рисунок 4. Сактосальпинкс

Если в результате воспалительного процесса происходит неполное склеивание ампулярного отдела трубы, на рентгенограммах обнаруживают, что контрастный раствор через стенозированное отверстие частично проникает в брюшную полость, а колбообразно расширенный ампулярный отдел трубы сохраняется, формируя «вентильный» сактосальпинкс. При спаечном процессе в брюшной полости контрастное вещество проникает в осумкованные полости, выявляя их в виде контрастных образований различной величины и формы.

Гистеросальпингография при бесплодии помогает распознать часто бессимптомно протекающий туберкулёз женских половых органов. В нашем исследовании наблюдался один случай туберкулеза матки и придатков, мезоаденит впервые диагностированный.

Туберкулёзный процесс поражает ампулярный и истмический отделы труб. Происходит облитерация просвета ампулярного отдела. Истмические отделы в результате поражения мышечного слоя становятся ригидными, нередко расширенными и заканчиваются

бульбообразными утолщениями на конце. Рентгенологически тени напоминают по форме трубку для курения. При туберкулёзном эндометрите в далеко зашедших случаях возникает деформация полости матки, частичная или полная её облитерация. На рентгенограмме определяют резко деформированную, небольших размеров полость матки (рис.5).

Большое значение гистеросальпингография имеет для выявления пороков развития матки. Нами выявлено 11 случаев (14%) аномалий развития матки, которые явились причиной первичного и вторичного бесплодия. Из них 7 случаев (10,9%) были причиной первичного бесплодия. При неполной перегородке матки рентгенологически выявляют перегородку, идущую от дна, широкую в верхней части, у основания. Своей вершиной она почти доходит до перешейка, разделяя полость матки на две половины. При этом угол, образовавшийся между двумя отделами полости матки, острый. Почти такую же картину наблюдают и при двурогой матке, но угол между двумя отделами полости матки при этом будет тупой (рис. 6).

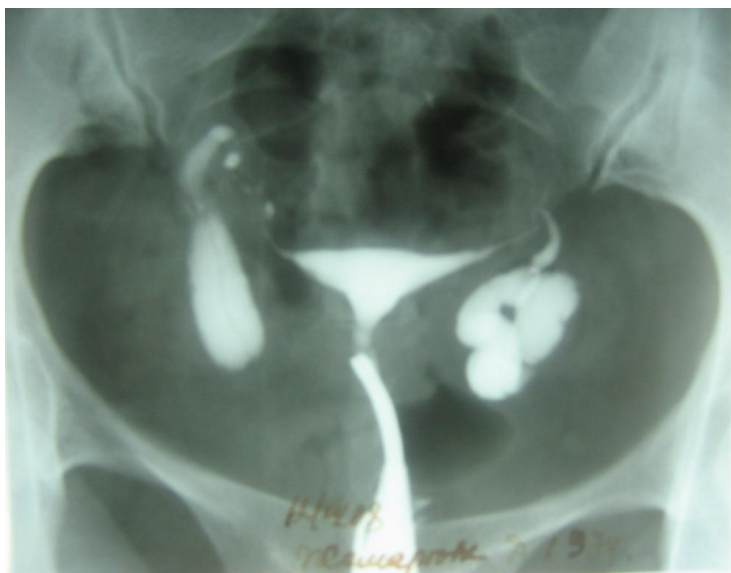
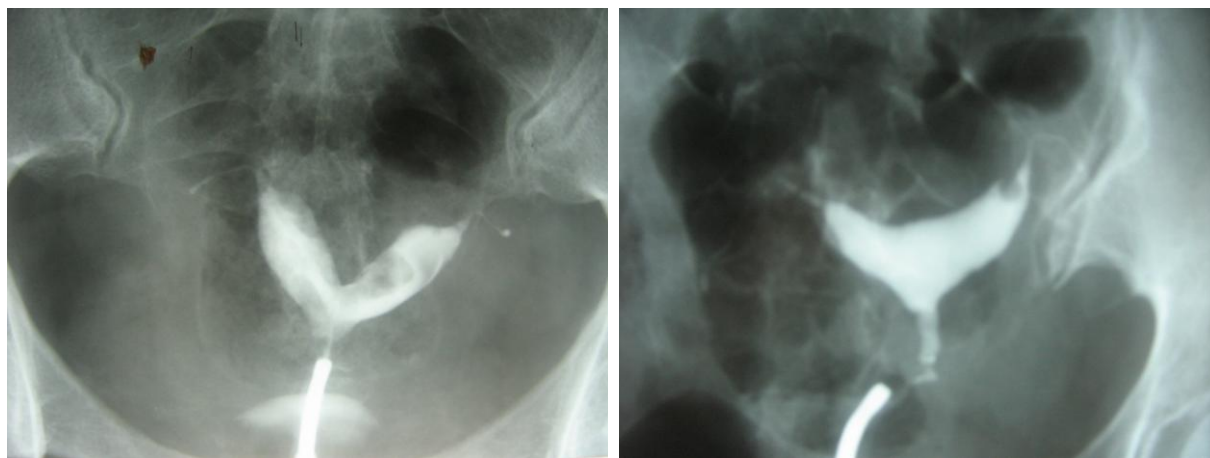


Рисунок 5. Туберкулёзный эндометрит и сальпингит



а б  
Рисунок 6. Пороки развития. Двурогоя (а) и седловидная матка (б)

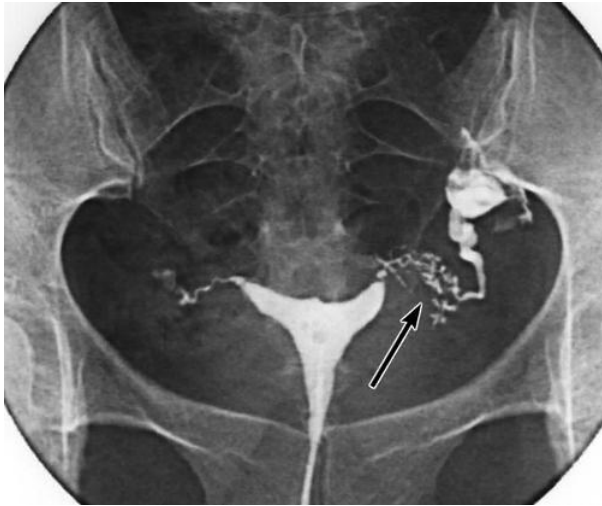


Рисунок 7. Эндометриоз в истмическом отделе левой маточной трубы

При инфантильной матке её полость на рентгенограммах уменьшена, а шейка удлинена так, что отношение длины шейки и полости матки равно 3:2 или 1:1. Из других пороков развития различают седловидную, однорогую, двойную матку.

Гистеросальпингография — ценный диагностический метод для выявления эндометриоза матки. У пациентов с этой патологией видны единичные или множественные законтурные тени в виде шипов, лакун, карманов. Размеры этих законтурных теней от 2–4 мм до 1–2 см. Чаще их определяют на дне истмикоцервикального отдела матки, реже — на боковых контурах полости. Иногда рентгенологически удаётся выявить эндометриоз труб, при котором от видимого просвета истмического отдела трубы отходит множество перетубарных ходов в виде коротких штрихов или точек — картина, напоминающая ветку ёлки (рис. 7). Нами выявлено 2 случая эндометриоза маточной трубы, что составило 1,6%. Эта патология наблюдалась у пациенток 35 и 37-летнего возраста, которая явилась причиной вторичного бесплодия.

При помощи гистеросальпингографии хорошо распознают и внутриматочные сращения. При этом на рентгенограммах в полости матки видны чаще единичные дефекты наполнения разнообразной формы с чёткими ровными контурами, которые в отличие от полипов

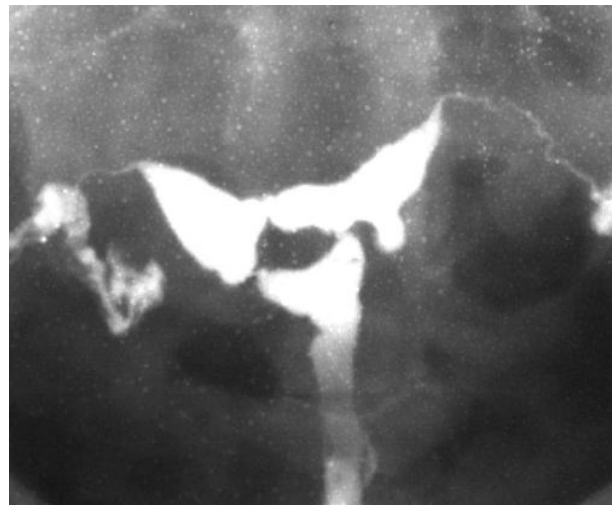


Рисунок 8. Внутриматочные сращения (синехии)

эндометрия не заливают контрастным веществом даже при тугом наполнении полости матки (рис. 8). В нашем наблюдении выявлено 2 пациентки с внутриматочными синехиями, явившимися причиной вторичного бесплодия.

Также гистеросальпингографию проводили у пациенток с привычными выкидышами вне беременности с целью выявления истмикоцервикальной недостаточности. В норме во вторую фазу цикла истмикоцервикальный отдел значительно сужен (истмус не более 0,4 см), при истмикоцервикальной недостаточности отмечают его значительное расширение (до 1,5 см и более).

Таким образом, наряду с современными лучевыми методами диагностики, как УЗИ, МРТ органов малого таза, гистеросальпингография остается ценным рентгенологическим методом диагностики целого ряда заболеваний и аномалий развития внутренних половых органов у женщин, приводящих к бесплодию.

**Литература:**

1. Рушковская Ю., Славиньска Д. Атлас гинекологической рентгенодиагностики. Гистеросальпингография. - Варшава: Польское гос. мед. издательство, 1963.
2. Труфанов Г.Е., Панов В.О. Руководство по лучевой диагностике в гинекологии. СПб.: Элби-СПб.; 2008.
3. Гинекология – руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина, 2009 г.

**Тўжырым**

**БЕДЕУЛІК СЕБЕПТЕРІН ЗЕРТТЕУДЕГІ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ**

**А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, Н.Т. Масалимова, А.В. Рахимбеков, Ж. Турсынканова, А. Мухамедова**

Әйелдердегі бедеулікке әжелетін жыныс мушелерінің қабыну және туа пайда болған патологияларын зерттеудегі гистеросальпингографияның маңызы және алатын орны зор.

**Summary**

**HYSTEROSALPINGOGRAPHY IN INTERTILITY DIAGNOSTICS**

**A.K. Akhmetbayeva, A.A. Yanchenko, N.T. Masalimova, A.V. Rakhimbekov, Zh. Tursynkanova, A. Mukhamedova**

Hysterosalpingography plays an important role in diagnostics of genital organs diseases and congenital defects of female genital sphere.

УДК 616.346–002–616.381–072.1

С.Е. Беззубенко

Медицинское объединение Бородулихинского района,  
Врач-хирург

## ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА СЛЕПОЙ КИШКИ

## Аннотация

В 2011 аппендэктомия составила 45,2% (n = 85) от всех операций в Медицинском объединении Бородулихинского района. На основании анализа доказательных данных установлено, лапараскопическая аппендэктомия (ЛА) имеет более низкую частоту послеоперационных осложнений по сравнению с традиционной аппендэктомией (ОА) (ОР 0,47, 95% ДИ от 0,36 до 0,62), а также ряд других преимуществ. Проведено внедрение в практику клиники метода ЛА. Результаты по данным 8 проведённых операций: возраст больных от 13 до 37 лет, продолжительность операции 97,9 ± 12,4 мин, послеоперационный койко-день в среднем составил 4 дня, суммарный размер хирургического доступа – 20-30 мм.

**Ключевые слова:** острый аппендицит, лапараскопическая аппендэктомия, оптимизация лечебной тактики.

Острый аппендицит (ОА), одно из самых частых urgentных состояний не травматического генеза, требующих оперативного вмешательства. По уровню распространенности аппендэктомия, занимает второе место (в мире 7–11%) после холецистэктомий, а количество послеоперационных осложнений остается стабильно высоким и доходит до 40% при осложненных формах[1,2]. В результате гипердиагностики, то есть – напрасно, выполняется до 30% подобных операций, в связи с чем, изучение возможности оптимизации лечебной тактики и снижения количества послеоперационных осложнений, является чрезвычайно актуальным вопросом[3].

Всё это ставит перед практикующим хирургом не простую клиническую задачу, решение которой возможно только в доказательном поле научных знаний, основанном на анализе доступных клинических решений.

**Целью** данной работы явилось повышение эффективности ведения больных с острым аппендицитом, в условиях Медицинского объединения Бородулихинского района ВКО РК.

**Материалы и методы.** Исследование организовано в два этапа.

На первом (доклиническом этапе), проведён ретроспективный анализ структуры заболеваемости аппендицитом в Бородулихинском районе ВКО. Материалом для исследования послужили учётно-отчётные формы: 003/у, 066/у за 2011 г. На основании анализа «Статистических карт выбывшего из стационара больного» (ф-066/у) выявлено 85 случаев ОА за исследуемый период. По данным анализа МКСБ (ф-003/у) этих случаев – изучена структура ОА. После чего произведён поиск

доказательных клинических решений при ОА – в международных базах научной медицинской информации (MEDLINE, eLIBRARY.RU, Google Scholar). Запрос формулировался по структуре PICO (Richardson et. all, 1995). Цель этапа – проведение актуализации изучаемого вопроса и выбор научно-обоснованной лечебной тактики, обеспечивающей оптимизацию ведения ОА.

На втором (экспериментальном этапе), проведено внедрение в практику клиники – метода лапараскопической аппендэктомии (ЛА). Использовался эндовидеохирургический комплекс «Karl Storz» (Германия). Всего произведено 8 операций (лигатурным способом – 7; погружным – 1) мужчин – 2, женщин – 6, у двух из них ЛА носила симультанный характер (киста яичников). Средняя продолжительность ЛА составила 97,9±12,4 мин.

**Результаты.** По результатам анализа учётно-отчётной документации установлено, что острый аппендицит составляет 45,2% (n=85) от всей хирургической патологии за изучаемый период в МО Бородулихинского района. Во всех случаях удаление червеобразного отростка слепой кишки произведено традиционным открытым способом. Средний возраст – 35,2±15,7 лет, среди них в возрастном диапазоне до 15 лет – 30,5% (n=26). Среднее количество послеоперационных койко-дней – 7,3 дня. Назначение обезболивающих в среднем – на 4 послеоперационных дня. Наличие послеоперационных осложнений – 16,4% (n=14). Суммарный размер оперативного доступа 60-100 мм. Преимущественная морфологическая форма ОА – флегмонозная (таблица 1).

Таблица 1.

## Морфологическая структура острого аппендицита в МО Бородулихинского района за 2011 г.

Морфологическая форма ОА	Количество
Катаральный	11 (12,9%)
Флегмонозный	65 (76,5%)
Гангренозный	7 (8,2%)
Перфоративный	2 (2,4%)

Принимая во внимание установленную продолжительность послеоперационного койко-дня, суммарный размер оперативного доступа, а также то, что зачастую диагностика ОА основывается на субъективных методах, а хирургическое лечение травматично и недостаточно физиологично [7] нами принято решение о поиске научно-обоснованных методов оптимизации тактики при ОА. За основу принято положение о том, что лапаро-

скопическая аппендэктомия (ЛА) минимизирует вышеобозначенные недостатки.

Поиск доказательных клинических решений проведён в международных базах научной медицинской информации (MEDLINE, eLIBRARY.RU, Google Scholar). Запрос формулировался по структуре PICO (Richardson et. all, 1995): Эффективнее ли ЛА (I) в сравнении с традиционной аппендэктомией (C)". Критериями эффек-

тивности были выбраны: послеоперационные койко-день, болевой синдром (О) и иные выявляемые при поиске положительные стороны ЛА, учитывая, общехирургическую направленность работы стационара, нас интересовали все целевые группы аппендэктомий (Р).

В результате, по сформулированным критериям из проанализированных 23 Метаанализа и систематических обзоров и 528 статей русскоязычных авторов было отобрано: 1 систематический обзор из базы данных Кокрейновского сотрудничества (Sauerland et. all, 2004), 4 обзорных статьи и 1 клиническое руководство по лапароскопической аппендэктомии.

По результатам анализа установлено, что ЛА имеет ряд неоспоримых преимуществ перед традиционной: а) меньшая инвазивность, что способствует раннему восстановлению общего самочувствия, двигательной активности, аппетита, функции кишечника; б) значительное уменьшение количества применяемых в послеоперационном периоде ненаркотических анальгетиков и полное исключение наркотических анальгетиков; в) меньшая частота послеоперационных осложнений (OR 0.47; 95%-CI 0.36 to 0.62 [1]); г) высокая частота выявления сопутствующих заболеваний органов брюшной полости; д) отличный косметический эффект [1,3,5].

Рассматривая технические аспекты ЛА, нельзя обойти вопрос о способе обработки культи червеобразного отростка. Лигатурный метод наиболее прост, легко выполним и не дает осложнений, связанных с техникой обработки культи, поэтому максимально подходит для лапароскопической аппендэктомии [4].

Учитывая полученные научно-обоснованные доказательства целесообразности ЛА, наличие в клинко-специалиста прошедшего специализацию по эндоскопии, врачей прошедших мастер-класс по лапароскопическим методам вмешательства («Эндовидеохирургические вмешательства в абдоминальной хирургии», Актау, 2012), необходимого оборудования – нами принято решение о внедрении в практику клиники метода ЛА.

#### Описание реализованной методики.

ЛА выполняли под общим интубационным наркозом бригадой из 3-х человек: оператора, ассистента, операционной сестры. Оператор находится слева от пациента, ассистент справа от пациента напротив оператора, операционная сестра располагается слева от больного у ножного конца операционного стола, эндовидеохирургический комплекс располагаем справа от пациента у ножного конца операционного стола. Тотчас над пупком делаем прокол брюшной стенки иглой Вереша и создаем пневмоперитонеум до цифр 12-14 мм.рт.ст. В верхней параумбиликальной зоне делается прокол брюшной стенки 10 мм троакаром, через который в живот вводится лапароскоп с 30° угловой оптикой, далее под контролем оптической системы делается 5 мм прокол брюшной стенки в над лонной области и 10 мм прокол в левой подвздошной области. С помощью лапароскопа делаем ревизию брюшной полости по периметру справа налево, заканчивая её детальным осмотром илеоцекальной области. Следует отметить, что у женщин тщательным образом осматриваются органы малого таза. По установлении диагноза ОА и оценке технических возможностей к выполнению ЛА приступаем непосредственно к оперативному приему. Брыжеечка червеобразного отростка от свободного края до основания аппендикса поэтапно коагулируется биполярными щипцами с дальнейшим пересечением её ножницами Метценбаума. После мобилизации аппендикса на основание его накладываем эндолигатуру, удаляемую часть также перевязываем эндолигатурой, либо клипируем титано-

вой клипсой. Между наложенными лигатурами производим биполярную коагуляцию аппендикса и отсекаем его. Культи аппендикса дважды обрабатываем повидон-йодом. Удаленный червеобразный отросток помещаем в эндобак и извлекаем из брюшной полости через 10 мм троакар. При наличии выпота удаляем его электроотсосом, промываем брюшную полость фурациллином дренируем при необходимости силиконовой трубкой. При обнаружении сопутствующей патологии (кисты яичников, спаечный процесс и т.д.) и технических возможностях производим оперативное лечение. По завершении оперативного приема проводим контрольную ревизию органов брюшной полости, десуфлируем углекислый газ из живота, извлекаем троакары, накладываем швы на раны.

Возраст больных составил от 13 до 37 лет; срок заболевания - от 20 часов до 3 суток, форма аппендицита: 6 человек - флегмонозный, 1 человек - катаральный; 1 – рыхлый аппендикулярный инфильтрат. Противопоказаниями к проведению ЛА считали: плотный аппендикулярный инфильтрат; периаппендикулярный абсцесс; разлитой перитонит, сердечно-сосудистую и дыхательную недостаточность[3]. Срок заболевания свыше 1 суток, наличие перитонита не считали противопоказанием к операции[5,6].

У 2 из 8 больных требовалось проведение дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и гинекологической патологией. Продолжительность операции при ЛА несколько больше, чем при традиционной аппендэктомии (ТА): продолжительность ЛА составляла в среднем 99 мин.; продолжительность ТА в среднем - 33 мин. Послеоперационный койко-день в среднем при ТА- 7 и при ЛА составил 4 дня. Обезболивающие препараты вводились до 1-2 суток после ЛА и до 3 суток после ТА. Интра- и послеоперационных осложнений и летальных исходов не было ни в одной из групп больных. Суммарный размер оперативных доступов при ЛА — 20—30 мм, при ТА — 60—100 мм. Следовательно, размеры оперативного доступа при ЛА почти в 3 раза меньше, чем при ТА.

Анализ данной серии случаев выявил такие положительные эффекты ЛА как :

1. Возможность полноценной ревизии брюшной полости и точного установления диагноза;
2. Уменьшение количества послеоперационных койко-дней;
3. Более низкий расход препаратов, перевязочного материала;
4. Менее выраженный послеоперационный болевой синдром;
5. Хороший косметический эффект.

К минусам ЛА следует отнести:

1. Большая продолжительность ЛА по сравнению с ТА (средняя продолжительность ЛА – 99 мин; ТА – 33 мин) отчасти это связано с тем, что ЛА находится в стадии освоения;
2. Необходимость интубационного наркоза.

#### Выводы:

1. Методика лапароскопического лечения острого аппендицита имеет ряд несомненных преимуществ перед открытой операцией: малая травматичность; хороший косметический эффект операции; возможность проведения полноценной ревизии органов брюшной полости; малое количество койко-дней (в среднем – 4); низкий расход препаратов, перевязочного материала; относительно менее выраженный послеоперационный болевой синдром. В то же время лапароскопическая операция более продолжительна, требует проведения

эндотрахеального наркоза (ЭТН), использования специальной аппаратуры.

2. ЛА является операцией выбора при проведении дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и другой патологией, позволяя снизить процент диагностических ошибок, сократить число напрасных аппендэктомий и лапаротомий.

#### Литература:

1. Sauerland S., Lefering R., Neugebauer EAM. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue. Art. No.: CD001546. DOI: 10.1002/14651858.CD001546

2. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К. Острый аппендицит. - М., М-медиа – 2002. - 74 с.

3. Пряжин А.Н., Газизуллин Р.З. Лапароскопическая аппендэктомия. - Клиническое руководство, М. – 2005г, - 56 с.

4. Дронов А.Ф., Котлобовский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопическая аппендэктомия (обзор литературы и собственный опыт). // Эндоскопическая хирургия, 3 – 2000, С. 16-20

5. Frazee R.C., Bohannon W.T. Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis. Arch Surg 1996;131:509-512

6. Кочкин А.Д., Зубеев П.С., Козырин А.В. Лапароскопическая аппендэктомия при осложнённых формах острого аппендицита // НМЖ - 2005, №4 – С.106-111

7. Ботабаев С.И. Новые методы диагностики и хирургического лечения острого аппендицита: Автореф. дисс. докт. мед. наук. - Томск, 1994. 45 с.

#### Тұжырым

### СОҚЫР ІШЕКТИҢ ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСІНДІСІНЕ ҚАБЫНУЫНДАҒЫ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫНА ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕЛГЕН ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ЕНГІЗУ

С.Е. Беззубенко

2011 ж. аппендэктомия 45,2% (n = 85) барлық операциялардан Бородулиха ауданның келді. Бойынша дәлелдік деректердің анализінің тағайынды, лапараскопиялық аппендэктомияде (ЛА) аласа жиілік шиеленіс салыстыр мен жай аппендэктомиямен (OR 0,47, 95% CI 0,36 – 0,62), ал да сырттың артықшылығының қатарын болады. Еңгізу клиниканың тәжірибесіне ЛА әдісі өткіздір-өткізу. Атқарылған жұмыстың нәтижесі: 8 ЛА табылмады: аурудың возраст 13 - 37 жасқа дейін, операцияның ұзақтығы 97,9 ± 12,4 мин, ауруханаға орташа - 4 күн, хирургиялық рұқсат алудың соманың өлшемінің - 20-30 мм.

#### Summary

### IMPLEMENTATION NAUNO-BASED TECHNOLOGIES TO OPTIMIZE TREATMENT STRATEDY WITH THE INFLAMMATION OF THE APPENDIX CECUM

S.Ye. Bezzubenko

In 2011 y. appendectomy was 45,2% (n = 85) from all operations in the municipality Borodulikha district. Based on the analysis of clinical evidence established that laparoscopic appendectomy (LA) has a lower incidence of postoperative complications compared with traditional appendectomy (OR 0.47; 95%-CI 0.36 to 0.62) and a number of other benefits. Conducted practical application of the method Cynics LA. 8 According to the results of operations: The age of patients ranged from 13 to 37 years, duration of surgery 97,9 ± 12,4 min., Postoperative hospital stay averaged 4 days, the total amount of surgical approaches - 20-30 mm.

УДК 614.2+374.33-005.001.52

Н.Е. Глушкова

Государственный медицинский университет города Семей,  
Докторант PhD по специальности «Общественное здравоохранение»

### ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДОСТУП К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМ СЕРВИСАМ СТУДЕНТОВ ИНОСТРАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

#### Аннотация

Молодые люди сталкиваются с проблемами здоровья также часто, как и с проблемами доступа к медико-социальным сервисам (МСС). В настоящем исследовании мы охарактеризовали факторы, влияющие на доступ к МСС у студентов иностранного отделения ГМУ г.Семей. Общее количество участников 58 студентов с первого по третий курс (47 мужского и 11 женского пола), возрастом от 18 до 26 лет. Также, мы оценили различия в доступе к МСС в зависимости от факторов половой принадлежности, самооценки финансового статуса и состояния здоровья. Полученные результаты, показали высокий уровень барьеров доступа к МСС 51,7% среди респондентов.

**Ключевые слова:** студенты иностранного отделения, медико-социальные услуги, язык общения.

#### Актуальность

Множество оригинальных исследований по всему миру посвящены изучению проблем здоровья молодых людей, как и проблем доступа к медико-социальным сервисам (МСС). На сегодняшний день известно, что

большинство из существующих проблем здоровья являются предотвратимыми [1]. Также, зарегистрированным фактом является то, что большая часть молодых людей поступает на обучение в колледжи и высшие учебные заведения, где находится в особых условиях



жизни, зачастую, оказывающих немаловажное влияние на состояние здоровья [2]. Основным препятствием в решении этих проблем является вопрос об обеспечении адекватной и доступной помощью лиц молодого возраста в МСС [3]. При этом в условиях увеличения спектра и характера, оказываемых медико-социальных услуг, принятия программ поддержки молодежи, в том числе направленных на решение проблем психосоматического и репродуктивного здоровья, предупреждения распространения поведенческого риска и удовлетворения социальных нужд, в Республике Казахстан отмечается достаточно низкий индекс здоровья молодых людей [4].

В Государственном медицинском университете города Семей (ГМУ г.Семей), в течение нескольких лет практикуется опыт рекрутинга для обучения в бакалавриате студентов из зарубежных стран. Большинство из них в полной мере не владеют общими словами на государственном или русском языках и зачастую, оказываются за пределами доступа к медико-социальным сервисам.

Студенты с первого по третий курс представляют собой популяцию молодежи со всеми атрибутивными компонентами изменений в физическом и ментальном состоянии, начавшимися в подростковом возрасте и продолжившимися в пубертатном периоде. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет подростков как лиц возрастом от 10 до 19 лет, молодежью являются лица от 15 до 24 лет, термином молодые люди можно охарактеризовать лиц от 10 до 24 лет.

Включение в данное исследование иностранных студентов ГМУ г.Семей было объяснено во-первых соответствием возрастного периода, когда имеет место неадекватное обращение со здоровьем, которое в последствии может привести к возникновению различных хронических состояний. Во-вторых, тем фактом, что вопрос равенства доступа к МСС, независимо от языка общения и культуральных особенностей не должен становится проблемным в стране, развивающей медицинские сервисы, дружественные к молодежи. Основной принцип деятельности, которых базируется на соблюдении правил трех «Д» - доступность, добровольность, доброжелательность.

**Целью** данного исследования было охарактеризовать факторы, влияющие на доступ к МСС у студентов иностранного отделения ГМУ г.Семей.

### Материал и методы

Было проведено поперечное исследование студентов иностранного отделения с первого по третий курс на базе Государственного Медицинского Университета города Семей. До включения студентов в исследование, от каждого участника было получено устное информированное согласие. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ГМУ г.Семей. Общее число участников составило 58 студентов. Все респонденты были распределены по полу, возрасту, самооценке здоровья и финансового статуса. Исследование было проведено с помощью анкеты-опросника, содержащей помимо идентификационной части вопросы о барьерах доступа к МСС, базированных на основных характеристиках молодежных медицинских сервисов, предложенными ВОЗ. Барьеры были классифицированы в соответствии с принципами наличия, доступности, приемлемости, равенства (всего 6 вопросов). В ходе анализа все респонденты были разделены на две условные группы – от 0 до 1 барьера – группа нормального доступа и от 2 до 6 барьеров – группа с низким доступом к МСС. Результаты были проанализированы с использованием методов описательной статистики, было проведено измерение центральных тенденций, данные представлены как медиана и межквартильный интервал, с учетом отсутствия нормальности распределения по количественной переменной – возраст. Описание качественных данных произведено с использованием абсолютных и относительных частот (%). Для качественных данных статистическая значимость различий в группах была определена с помощью проведения теста Хи-квадрат ( $\chi^2$ ). Процедура статистического анализа выполнена с помощью программы SPSS 20 для Windows.

### Результаты и обсуждение

Общее количество респондентов составило 58, из которых 47 (81,0%) были парни и 11 (19,0%) девушки. Возраст участников исследования был в диапазоне от 18 до 26 лет, медиана 22 года, межквартильный размах - 2 года. Количество студентов, отметивших у себя ухудшение здоровья в последнее время, было 37 человек (67,3%), наличие финансовых проблем идентифицировали 40 респондентов (69,0 %) (Таблица 1).

Таблица 1.

### Основные характеристики респондентов (n=58)

Переменная	Абсолютная частота (%)
<i>Пол</i>	
Мужской	47 (81,0%)
Женский	11 (19,0%)
<i>Возраст (медиана и межквартильный размах)</i>	
Общий	22 года (2)
<i>Самооценка здоровья</i>	
Хорошее	18 (32,7)
Отмечается ухудшение	37 (67,3%)
<i>Оценка финансового статуса</i>	
Достаточно средств	18 (31%)
Остро нуждаюсь/только на проживание	40 (69%)
<i>Частота барьеров к МСС</i>	
От 0-1	28 (48,3%)
От 2-6	30 (51,7%)

В ходе исследования отмечено, что половина опрошенных студентов иностранного отделения 30 (51,7%) имеют барьеры доступа к МСС. В соответствии с анализом ответов по барьерам мы суммировали их общее количество и разделили на две группы. Классификация нормального доступа к МСС основывалась на допущении, что присутствие одного барьера может быть обусловлено случайностью или же объяснено как атрибут только развивающихся в республике молодежных сервисов. Как следствие мы классифицировали низкий уровень доступа к МСС при наличии суммы барьеров от

2 до 6. Основываясь на данном разделении, мы получили две группы: 28 (48,3%) группа нормального уровня доступа и 30 (51,7%) группа с низким уровнем доступа к МСС.

При сравнении уровней доступа в зависимости от половой принадлежности ( $p = 0.07$ ) и самооценки финансового статуса ( $p = 0,976$ ) мы не нашли значительной статистической разницы в группах. В противоположность, значительные различия были найдены в группе студентов, отметивших ухудшение состояния здоровья в последнее время (Таблица 2).

Таблица 2.

**Оценка доступа к МСС в зависимости от пола и языка обучения.**

Переменная	Оценка доступа к МСС (n, %)		P оценка
	Нормальный	Низкий	
<i>Пол</i>			
Мужской	20 (42,6%)	27 (57,4%)	0,07
Женский	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
<i>Самооценка здоровья</i>			
Хорошее	3 (16,7%)	15 (83,3%)	0,003
Отмечается ухудшение	22 (59,5%)	15 (40,5%)	
<i>Оценка финансового статуса</i>			
Достаточно средств	9 (50%)	9 (50%)	0,976
Остро нуждаюсь/только на проживание	19 (47,5%)	21 (52,5%)	

**Выводы**

Выявленная в ходе исследования высокая частота барьеров (51,7%) к МСС у студентов иностранного отделения, является сигналом к привлечению внимания организаторов здравоохранения к данной молодежной подгруппе. Ухудшение здоровья опрошенных (67,3%), является признаком необходимости их обращения за медицинскими услугами, которые в свою очередь, должны быть свободны от барьеров.

2. Babar T. Saikh. Stress among medical students. Education for Health, 2004, 17-3, P. 346-353;

3. Quine S., Booth M. et al. Health and access issues in Australian adolescents: a rural-urban comparison. Rural and Remote Health Research, 2003, 245, P. 1-11;

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

**Литература:**

1. Andre Tylee, Dagmar Haller, Tanya Graham et al. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? Lancet, 2007, 7, P. 1-9;

**Тұжырым**

**ШЕТ ТІЛІ БӨЛІМІНІҢ СТУДЕНТТЕРІНІҢ -ӘЛЕУМЕТТІК ҚЫЗМЕТТЕР АЛУЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР**  
**Н.Е. Глушкова**

Жастар денсаулық жағдайларымен қоса медициналық-әлеуметтік қызметтер алу алдында қиыншылықтармен жиі кездеседі. Осы зерттеуде, біз Семей қаласының Мемлекеттік Медициналық Университеті студенттерінің мысалында, жастар арасында медициналық-әлеуметтік қызмет алу алдында кедергілердің жиілігін анықтадық. Зерттеуге біріншіден төртінші курстар аралығында 58 студент қатысты (олардың 47 ұл, 11 қыз), орташа жас мөлшері 18-26 жас. Сонымен қоса, сауалнама жүргізу арқылы, жынысына, білім алу тіліне, қаражаттық мүмкіншілігіне байланысты медициналық-әлеуметтік қызметтерге қол жетімділігін бағаладық. Алынған нәтижелер бойынша, 51,7 % респондент медициналық-әлеуметтік қызметтер алу алдында кедергілермен кездесетіні мәлім болды.

**Summary**

**FACTORS AFFECTING ACCESS TO MEDICAL AND SOCIAL SERVICES OF FOREIGN STUDENTS**

**N.Ye. Glushkova**

Young people faced with health problems so often as well as with problems of access to medical social services (MSS). In present study we defined frequency of barriers to MSS in Young adults based on example of Semey State Medical University students (SSMU). Total number of participants is 58 students from first to third courses (47 males and 11 females), mean age from 18 to 26 years. Also, we assessed the differences in access to MSS according with sex, self-assessed health and financial status. The obtained results are shown the high rate of barriers to MSS 51,7% in respondents.

УДК 614.2-614.255.14(574)

М.В. Горемыкина, к.м.н.,

О.П. Цигенгагель, магистрант по специальности общественное здравоохранение

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра общественного здравоохранения и информатики

## ИМЕЕТ ЛИ ВРАЧ ПРАВОВУЮ ЗАЩИТУ?

## Аннотация

Изложены основные проблемы, что на республиканском уровне, так и в субъектах Республики Казахстан не определена потребность в правовой помощи медицинским работникам, учреждениям и организациям; не разработана концептуальная модель и технологии оказания правовой помощи как системы предупреждения нарушений в медицинской практике.

**Ключевые слова:** права врачей, алгоритм правовой помощи.

## Актуальность исследования

В период масштабных социально-политических преобразований в нашей стране по инициативе Президента Республики Казахстан разработана государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, где намечены пути модернизации системы здравоохранения. Одним из важнейших направлений проекта является повышение качества оказания медицинских услуг населению, обеспечение конституционного права граждан на получение надлежащей медицинской помощи. Реформирование здравоохранения, в первую очередь, должно сопровождаться расширением законодательной базы и качественными изменениями правовых механизмов [Сергеев Ю. Д., 2000; Герасименко Н. Ф. с соавт., 2002; Стародубов В. И., 2004]. Для реализации данной стратегии необходимо не только кардинально изменить приоритеты социальной политики в области охраны здоровья, но и создать такую систему организации здравоохранения на уровне субъекта РК, которая позволит максимально использовать имеющиеся ресурсы для более эффективного удовлетворения потребности населения в квалифицированных медицинских услугах [Лисицын Ю. П., 1989; Денисов В. Н., 1995; Щепин О. П., 1998].

Социально-экономические изменения, произошедшие за последнее время в РК, еще более утвердили положение, в соответствии с которым медицина и профессиональная деятельность медицинских работников должны особо четко регламентироваться действующим законодательством.

Начиная разговор о правах медицинских работников, первое, что следует отметить, это то, что они значительно уступают правам пациента. В настоящее время проблема защиты прав врачей в правовой науке разрабатывается недостаточно. Напротив, защите прав пациентов посвящено огромное количество статей, книг, радио и телепередач. В обществе постоянно ведутся дискуссии о неудовлетворительном качестве медицинских услуг, о нарушении прав граждан, обращающихся за медицинской помощью. При этом обилие информации безосновательно замалчиваются проблемы нарушения прав врачей, отсутствия соответствующей «современным реалиям» законодательной базы в области здравоохранения, правовой защищенности самих медицинских работников. В настоящее время правовые исследования в области защиты прав врачей имеют не только теоретическое, но и большое практическое значение.

Не стоит забывать, что субъектом правоотношений, возникающих в сфере медицинских услуг, является не

только пациент, но и врач, который эти услуги оказывает, и здесь не менее важным, чем соблюдение прав пациента, является соблюдение прав и законных интересов самого медицинского работника.

Отсутствие знания законодательства, наличие противоречий и пробелов в действующем законодательстве, которое не поспевает за слишком быстро изменяющимися общественными отношениями, а также отсутствие возможности получения квалифицированной юридической помощи - все это факторы, влияющие, не менее чем профессионализм, на деятельность медицинских работников, а, следовательно, на качество, предоставляемых ими медицинских услуг. Не лучшим образом решают данную проблему и юридические службы в учреждениях здравоохранения. Несмотря на многолетнюю работу в качестве юрисконсульта соответствующего учреждения, такие юристы, как правило, оказываются не в состоянии оказать квалифицированную помощь своему работодателю по таким вопросам, как защита интересов врача в гражданском деле по врачебной ошибке.

Основная проблема юридических служб медицинских организаций заключается в отсутствии соответствующей специализации. Юрисконсульты в основном занимаются составлением хозяйственных контрактов для клиники, не уделяя должного внимания таким вопросам, как отношения пациентов с врачами и самого учреждения здравоохранения.

В этой ситуации, когда в суды и правоохранительные органы поступает все более значительное количество гражданских исков с требованием возмещения вреда и заявлений о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников в связи с их профессиональной деятельностью, когда в Республике Казахстан отсутствуют организации, осуществляющие защиту медицинских работников, а помощь, которую предоставляют юристы, работающие в медицинских учреждениях и организациях, зачастую является недостаточной, врач оставлен один на один с проблемой своей правовой защищенности.

Было бы правильным и уместным обеспечить защиту прав врачей профессиональными медицинскими ассоциациями, в положениях которых предусмотреть работу по защите прав врачей и учреждений здравоохранения. Подобные организации свою деятельность эффективно реализуют и влияют на положение дел в сфере защиты прав врачей.

Минимизировать юридические проблемы, возникающие в связи с профессиональной деятельностью врачей, могло бы ведение грамотной правовой работы среди медицинских работников.

Интересен и зарубежный опыт. Так, например, в Англии существует Общество медицинской защиты. Многие врачи являются членами этого общества. Любопытный врач, состоящий в этой общественной организации, имеет право направить в нее заявление с просьбой о предоставлении защиты, об участии в суде на его стороне в случае обвинения в совершении врачебной ошибки. В штате этой организации имеются профессиональные юристы, которые специализируются на медицинском праве, в частности, на делах о врачебных ошибках. Так, любой иск, поданный против врача, как правило, направляется соответствующим врачом в Общество медицинской защиты. Общество консультирует его по юридическим вопросам относительно методов достижения положительного результата по защите своих прав и берет на себя защиту его интересов по иску.

В Республике Казахстан подобных организаций пока существует недостаточно. Поэтому врачи должны обращаться за защитой непосредственно к практикующим адвокатам. Но, к сожалению, в настоящий момент крайне мало специалистов в области медицинского права, и поэтому врачам весьма проблематично получить квалифицированную юридическую помощь. Это особенно важно, когда речь идет о возбуждении уголовного дела в отношении виновных действий (бездействий) врача. Такие дела, несмотря на традиционное мнение о проблематичности доказывания вины врача, представляют собой весьма трудную задачу именно для защиты, а не для обвинения.

В этой связи хотелось бы назвать основные нормативно-правовые акты, регламентирующие взаимоотношения «врач-пациент» в Республики Казахстан: Конституция Республики Казахстан, Уголовный, Административный, Гражданский, Трудовой и Семейный кодексы, Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.07.2012 г.); республиканскими законами: «О защите прав потребителей», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О медицинском страховании граждан в Республике Казахстан» и другими. Главной особенностью законодательного регулирования данных взаимоотношений в Республики Казахстан заключается в том, что для врача, в основном, установлены запреты, а для

пациента определенные права, прежде всего, как потребителя здравоохранения.

Основным документом, регламентирующим работу врача, является Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.07.2012 г.) *статья 182.*

Поэтому в целях более полной реализации конституционных норм, институтов и принципов, регулирующих здравоохранение, некоторые положения требуют своего дальнейшего развития.

Таким образом, исследование представляется актуальным в разработке и научном обосновании модели организации правовой помощи медицинским работникам в Республики Казахстан.

#### **Литература:**

1. Акопов В.И. Юридические основы деятельности врача: учебно-методическое пособие для студентов вузов / В.И. Акопов, А.А. Бова М.: Экспертное бюро, 1997. - 124 с.
2. Медицинское право: учебное пособие / С.Ю. Сашко, Л.В. Кочорова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – с. 164-212.
3. Мельников В.С. Социальные и правовые аспекты медицинской деятельности. - Киров, 1997. – 190 с.
4. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.07.2012 г.) *раздел 9, глава 31, статья 182.*
5. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: Учебный комплекс: в 3 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 784 с.
6. Дембо Л.И. Врачебное право / Л.И. Дембо. Выпуск 1. - М.: Медицина, 1914. - 7 с.
7. Европейская конвенция о социальной и медицинской помощи от 11.12.1953.
8. Конвенция о правах и обязанностях врачей принята V (XXI) Всероссийским Пироговским съездом врачей 16 апреля 2004г.
9. Автореферат «Страхование профессиональной ответственности врачей как форма социальной защиты» на соискание кандидата медицинских наук – Волгоград, 2009 - 147 с.

#### **Тұжырым**

#### **ДӘРІГЕРДІҢ ҚҰҚЫҚТЫҚ ҚОРҒАНЫСЫ БАР МА?**

**М.В. Горемыкина, О.П. Цигенгагель**

*Қазақстан Республикасының субъектерінде және республика деңгейінде медицина қызметкерлеріне, медициналық ұжымдар мен мекемелерге құқықтық көмек көрсету қажеттілігі, медициналық тәжірибеде ережелерді бұзудың алдын алу жүйесі ретінде құқықтық көмек көрсетудің концептуалды моделі мен технологиялары айқындалмаған, соған байланысты негізгі мәселелері көрсетіледі.*

**Негізгі сөздер:** дәрігерлер құқығы, құқықтық көмек алгоритмі.

#### **Summary**

#### **WHETHER THE DOCTOR HAS LEGAL PROTECTION?**

**M.V. Goremykina, O.P. Tsigengagel**

*The article develops the main aspects of the activities and problem are stated caused by that both at republican level, and in subjects of the Republic of Kazakhstan the need for legal aid to medical workers, establishments and the organizations isn't defined; the conceptual model and technologies of rendering of legal aid as systems of the prevention of violations in medical practice isn't developed.*

**Key words:** rights of doctors, algorithm of legal aid.

ЭОЖ 618(574.41)

М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлюбаева, А.С. Тлемисов, М. Тлемисова,  
Д.Г. Тусмагамбетова, Ж.Т. Алимбаева

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

## СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ПЕРИНАТАЛЬДЫ КӨМЕК САПАСЫН БАҒАЛАУ

### Тұжырым

Ана және бала денсаулығын қорғау Қазақстан Республикасы саясатының маңызды бағыты. Сол себептен, жана перинатальды технологиялардың мониторингін дамыту және енгізу қажет.

ДСҰ ұсынған жана перинатальды технологиялардың Семей қ. енгізілу нәтижелерін бағалау біздің мақсатымыз.

**Негізгі сөздер:** Перинатальды көмек, босанудың клиникалық аспектілері.

Сауалнама жүргізу, аналардың медициналық карталарын зерттеу арқылы ақпарат жиналды. Сауалнама №3 перзентханада және Семей қ. Перинатальды орталығында өткізілді. Сауалнамаға 546

ана қатысты. Сұралғандардың орта жасы 27,4 жас (95% ДИ 21,41 тен 33,39 дейін). Босану және емізу жайлы сұрақтарға алынған жауаптар 1 кестеде көрсетілген.

Кесте 1.

### Босану және емізу жайлы ақпарат.

Сұрақ	Иә		Жоқ	
	Саны	%	Саны	%
ЖДА-да дәрігер қабылдауында босану жайлы ақпарат алдыңыз ба?	42	7,7	504	92,3
ЖДА-да дәрігер қабылдауында емізу жайлы ақпарат алдыңыз ба?	31	5,6	515	94,4

Денсаулық сақтау министрлігінің № 239 бұйрығына сай, IV дәрігер қабылдауында 30-32 жұмада болашақ аналар босанудың жоспары жайлы ақпарат алуы қажет. Біздің ақпарат бойынша 100 % респондентке ондай ақпарат берілмеген.

Босанудың клиникалық аспектілері жайлы сұрақтар қиыншылық тудырды. Себебі, респонденттердің көбі ондай мәліметтер жайлы хабарсыз. Босанудың кезеңдерін және оның уақыт шектерін ажырата

білмейді. Біздің зерттеу бойынша босандырудың абдоминальды әдісі ДДҰ ұсынған көлемнен артық. Босанғандардың барлығы босанудан кейін инъекция алғандарын растайды. Дегенмен, 64,4% ана оны не себептен қойғаны жайлы білмейді. 100 % әйел босану барысында алған психологиялық дамеуді эффе́ктивті деп бағалады. Оны 64% медицина қызметкерлері, 36% партнер көрсетті.

Кесте 2.

### Стационарда емізу жайлы алған ақпарат жолы.

Емізу жайлы ең көп ақпаратты кімнен алдыңыз?	Саны	%
Акушер-гинеколог	114	20,8
Акушерка	123	22,6
Неонатолог	83	15,1
Сәбиді күтетін медбике	216	39,6
Ана	10	1,9

Сұралған аналардың тек 42,6 % баланы бір жастан асқанға дейін емізуді жоспарлайды. Ол ДДҰ нұсқауларына сәйкес келеді. Аналардың 15,7 % өздерін босанғаннан кейін психологиялық тұрғыдан нашар сезінеді. Оған қарамастан Семей қ. тек №3 перзентханада штатты қызметкерлер қатарында психолог маман бар.

Алынған мәліметтер бойынша 42,1% (n=230) респондент босанғанға дейін контрацептивтер қолданған, ал қалғандары контрацептивтер жайлы ақпаратты білмейді. Жасанды түсік жайлы сұраққа 29,8% (n=163) әйел жасатқаны жайлы айтты. Көрсетілген қызмет сапасын жақсы деп 51,8% (283) әйел бағалады, 44,6 % әйел аздаған өзгертулер қажеті жайлы айтты. Ал 3,6% (20) әйел қызмет сапасына қанағаттанбағаны жайлы белгілі болды.

Партнермен өтетін босануға назар аударылды. Сауалнама өткен 534 әйелдің 266 босануда партнерсіз болса (бақылау тобы), 268 босануда партнер болды

(негізгі топ). Бақылау тобында орта жас 23±3,76, негізгі топта 23,8±4,64. Партнермен босануды көбіне жоғары білімді әйелдер таңдайтыны жайлы айта кеткен жөн. Партнер ретінде 31,5% - 43,4% анасын тандаса, 25,1% - 36,5% күйеуін таңдайды. Партнермен өткен босану ұзақтығы 15% ұзағырақ жалғасқан (r=0,42, p<0,0001). Босанудағы жарақаттануға партнердің әсерін зерттегенде, партнер «анасы» болған жағдайда шат аралақ жырттылу 54,5%, қынап жырттылуы 45,3% артығырақ кездесетіндігі мәлім болды.

### Қорытынды.

Біздің зерттеу барысында 89% әйел босандырудан қанағаттанған. Көрсетілген қызмет сапасын жақсы деп 51,8% (283) әйел бағалады, 44,6 % әйел аздаған өзгертулер қажеті жайлы айтты. Ал 3,6% (20) әйел қызмет сапасына қанағаттанбағаны жайлы белгілі болды. Аналардың 15,7% өздерін босанғаннан кейін психологиялық тұрғыдан нашар сезінеді. Оған қарамастан Семей қ. тек №3 перзентханада штатты

кызметкерлер қатарында психолог маман бар. Партнермен босануды көбіне жоғары білімді әйелдер тандайды. Бірақ партнермен өткен босану ұзақтығы 15% ұзағырақ. Зерттеу барысында көптеген болашақ аналар босану жайлы, емізу жайлы, контрацептивтер қолдану жайлы ақпаратты толық біле бермейді. Ол, әйелдермен босану алды уақытында аз уақыт жұмыс

істегені жайлы көрсетеді. Жанұя жоспарлау мәселелері жана жолдарды қарастыру қажеттігін дәлелдейді. Сондықтан болашақ аналарға арналған мектептер құру қажет. Оның жұмысы көптеген келеңсіз жағдайлардың алдын алуға мүмкіншілік береді.

#### Резюме

#### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ

**М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлыбаева, А.С. Тлемисов, М. Тлемисова, Д.Г. Тусмагамбетова, Ж.Т. Алимбаева**

*Охрана здоровья матери и ребенка, повышение рождаемости и снижение младенческой и материнской смертности на сегодняшний день является важнейшим направлением государственной политики Республики Казахстан. В рамках стратегии развития страны были поставлены задачи по улучшению охраны матери и ребенка в рамках международных обязательств Казахстана, определенных ООН в Целях развития тысячелетия.*

#### Summary

#### ASSESSMENT OF THE QUALITY OF PERINATAL CARE IN SEMEY

**M.A. Dauletyarova, G.Zh. Kaylyubayeva, A.S. Tlemisov, M. Tlemisova, D.G. Tusmagambetova, Zh.T. Alimbayeva**

*Health protection of mother and the child, rising of birth rate and depression of an infantile and maternal mortality is today the most important direction of a state policy of the Republic of Kazakhstan. Within strategy of development of the country there were objectives on improvement of protection of mother and the child within the international obligations of Kazakhstan, certain United Nations with a view of development of the millennium.*

УДК 616.718 – 001.5 – 089.84

А.А. Дюсупова

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

### ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

#### Аннотация

*Оценка центральной гемодинамики была проведена у 54 пациентов. Исследование показало, что оценка центрального венозного давления (ЦВД), позволяет получить точную информацию о достаточности объема внутривенного переливания крови и предотвратить развитие гиперволемии. В нашем исследовании ЦВД составило  $3,4 \pm 1,1$  мм рт. Полученные результаты требуют дальнейших клинических исследований.*

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

Актуальным вопросом клинической медицины является изучение центрального венозного давления (ЦВД) [1-6].

В качестве исходных показателей давления на периферических венах конечностей (ПВД): в локтевой вене и в венах стопы приводятся величины от 50-60 до 110-120 мм вод.ст. [1-3]. Исследователи более позднего периода [4,5] в качестве показателей ЦВД в верхней полой вене приводят почти аналогичные цифровые данные от 50 до 120 мм вод.ст., совпадающие с данными ПВД предыдущих исследователей.

В связи с этим показатели ЦВД, используемые в современной клинической практике, требуют дальнейших исследований, в частности, при неотложных состояниях, требующих объемной инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ).

**Цель работы** – изучить состояние гемодинамики у больных в критических состояниях при проведении ИТТ.

**Материалы и методы.** Материалом исследования явились 54 травматологических больных в критическом состоянии, госпитализированных в реанимационное отделение больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г.Семей.

**Результаты и их обсуждение.** Нами проведен анализ основных параметров гемодинамики (ЦВД, артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), частота дыхательных движений (ЧДД), диурез) у 54 больных, которым проводилась ИТТ в условиях реанимационного отделения и в дальнейшем после стабилизации состояния соответственно в профильном травматологическом отделении. Среди обследованных 46% были больные с переломами различной локализации, 54% с термическими ожогами I, II, III АБ степени. При этом мужчины составили 62%, женщины 38%. Средний возраст мужчин составил 49,6, женщин – 47 лет.

В условиях реанимационного отделения больным оказывалась неотложная помощь, основой которой явилась ИТТ. ИТТ состояла из коллоидных, кристаллоидных растворов, препаратов крови и кровезаменителей. По результатам анализа выявлено, что в среднем объем внутривенной инфузии в реанимационном отделении составил  $2950 \pm 175,4$  мл/сутки. В профильном отделении объем внутривенно вводимых жидкостей не превышал 700 мл/сутки.



В палате интенсивной терапии всем обследуемым проводилась катетеризация подключичной вены по Сельдингеру для определения ЦВД. Подключичный катетер с соблюдением всех правил по уходу продолжал функционировать и в условиях профильного травматологического отделения. В связи с этим параметры гемодинамики определялись не только в условиях реанимации.

При поступлении в палату интенсивной терапии у больных показатель ЦВД составил  $-10,4 \pm 2,1$  мм вод.ст., уровень АД систолического  $100 \pm 1,3$  мм рт.ст., диастолического  $60 \pm 1,2$  мм рт.ст. При этом ЧСС превышала нормальные значения этого показателя -  $108,8 \pm 1,6$  в минуту, ЧДД составила  $22,2 \pm 0,1$  в минуту, диурез больных не превышал нормальные параметры -  $36,2 \pm 0,5$  мл/час, температура находилась в пределах  $37,1 \pm 0,03$  С.

Таким образом, исходные данные свидетельствуют о тяжести состояния пациентов, что выражается в отрицательных значениях ЦВД, пониженном АД с учетом среднего возраста больных, тахикардии, тахипноэ, субфебрильной температурной реакции.

При оказании неотложной помощи состояние гемодинамики несколько изменилось. Так достаточно существенно уровень ЦВД превышал исходные данные и составил  $37,3 \pm 2,1$  мм вод.ст. ( $P < 0,05$ ). Такая динамика ЦВД, по всей видимости, обусловлена увеличением ОЦК вследствие проводимой ИТТ. Со стороны АД в сравнении с исходными показателями также отмечается повышение до  $130 \pm 1,6$  мм рт.ст. ( $P < 0,05$ ) для систолического давления и диастолического до  $78 \pm 1,5$  мм рт.ст. ( $P < 0,05$ ). Сохраняется тахикардия, хотя следует отметить некоторое урежение ЧСС до  $101 \pm 1,8$  в минуту. То же самое можно сказать и о ЧДД - тахипноэ с незначительным снижением частоты по группе до  $21 \pm 0,2$  в минуту ( $P < 0,05$ ).

Помимо показателя ЦВД обращает на себя внимание и увеличение суточного диуреза выше исходных нормальных показателей в 1,9 раза -  $70,0 \pm 2,7$  мл/час ( $P < 0,05$ ) в среднем, что отражает увеличение ОЦК. Температура тела находилась на уровне  $37,5 \pm 0,05$  С ( $P < 0,05$ ).

После стабилизации гемодинамики, объективного состояния больные переводились в соответствующее отделение - травматологию. Нами проводилась оценка состояния гемодинамики и после перевода больных в профильное отделение. Полученные результаты изме-

рения ЦВД не соответствовали параметрам последнего, которые приводятся в литературе [4,5], а именно от 50 до 120 мм вод.ст. Об этом свидетельствует тот факт, что уровень ЦВД у больных при стабильных других параметрах гемодинамики, объективном состоянии, при выписке на амбулаторное наблюдение составил  $3,4 \pm 1,1$  мм вод.ст. В отношении других параметров гемодинамики наблюдалась стабилизация и нормализация последних. Таким образом, анализ полученных в настоящей работе данных АД, ЧСС, ЧДД, почасового диуреза при оказании неотложной медицинской помощи и данных литературы подтверждает сообщения о состоянии гемодинамики при критических состояниях в клинической практике. Что нельзя сказать о показателе ЦВД.

Выводы:

1. обязательным условием проведения ИТТ при неотложных состояниях в клинической практике является измерение ЦВД;

2. ЦВД является фактором, определяющим адекватность проводимой ИТТ при критических состояниях и составило в нашей работе  $3,4 \pm 1,1$  мм вод.ст.;

3. в соответствии с полученными в настоящей работе параметрами ЦВД существует необходимость дальнейших исследований центральной гемодинамики при проведении ИТТ.

#### Литература:

1. Аденский А.Д. Методика и техника исследования венозного давления // Венозное давление и значение его в клинике сердечно-сосудистых заболеваний.- Минск, 1953.- С. 8-56.

2. Мартычев А.Н., Никитина Н.И., Трунин М.А. Краткие анатомо-физиологические данные о венозном давлении // Венозное давление в хирургической клинике.- М., 1963. - С. 5-17.

3. Вальдман В.А. О функциональной флеботонометрии // Клиническая медицина. 1950. - С. 25-31.

4. Савченко В.П., Савченко Т.В. Терапия критических состояний. Стратегия и тактика. - Москва: ИД «Граница». 2004.

5. Чибуновский В.А. Центральное венозное давление. Его роль при оценке кровообращения и в контроле инфузионной терапии. Методы его измерения. - Алматы. 1991 - 2005.

6. Пермяков Н.К. Патология реанимации и интенсивной терапии. - Москва. «Медицина». 1985г.

#### Тұжырым

### ШҰҒЫЛ ЖАҒДАЙЛАРДЫ ИНФУЗИОНДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ОРТАЛЫҚ КӨКТАМЫР ҚЫСЫМЫ

А.А. Дюсупова

54 аурудың орталық қан айналымының жұмысы бағаланған. Бұл ізденісте байқалғаны, орталық көк тамырлардағы қан қысымының тексерудің көрсеткіштерін пайдалану арқылы ауруларға тамыр арқылы сұйықтарды артық мөлшерде құюды болдырмауға болады. Осы жұмыста орталық көк тамырдағы қан қысымы  $3,4 \pm 1,1$  мм H<sub>2</sub>O болды. Алынған мәліметтер нәтижесі бойынша бұл жұмыс ары қарай зерттеуді қажет етеді.

#### Summary

### CENTRAL VENOUS PRESSURE DURING THE INFUSION THERAPY OF EMERGENCY CONDITIONS

A.A. Dyusupova

Estimation of central haemodynamics was conducted for 54 traumatologic patients. The investigation showed that measurement of central venous pressure (CVP) to allow getting exact information about sufficiency of intravenous transfusion volume and to prevent development hypervolemia. In our investigation CVP was  $3,4 \pm 1,1$  mm of Hg. Outcomes demand of further clinical investigations.

УДК 612.13 – 615.38 – 616 – 083.98

А.А. Дюсупова, А.М. Досбаева, С.Б. Амангельдинова, Н.С. Зготова,  
К.А. Сеилханова, В.Т. Ахметова, Г.Ж. АкимбаеваГосударственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра интернатуры по общей врачебной практике.**ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ  
ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ****Аннотация**

Оценка центральной и легочной гемодинамики проводилась у 36 пациентов. Исследование показало, что измерение центрального венозного давления (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 гиперволемиического состояния. При значениях ЦВД более 30 мм вод.ст. выявлены признаки легочной гипертензии.

**Ключевые слова:** инфузионная терапия, центральная и легочная гемодинамика.

Актуальной проблемой клинической медицины является изучение состояния центральной гемодинамики у больных, которым проводится инфузионная терапия. Это связано с тем, что негативные последствия интенсивной терапии стали все чаще встречаться в клинической практике [1,2].

В наших проведенных ранее исследованиях были получены показатели нормального центрального венозного давления (ЦВД): от отрицательного до слабо положительного, не более 30 мм вод.ст. [3,4]. Данные цифры не совпадают с теми показателями нормального ЦВД (60-120 мм вод.ст.), которыми пользуются в настоящее время в клинической практике.

**Цель работы:** изучить исходное и посттрансфузионное состояние центральной и легочной гемодинамики у исследуемых больных.

**Материалы и методы.** Материалом исследования явились 36 больных, получавших лечение в палате интенсивной терапии (ПИТ) и в специализированных травматологическом, пульмонологическом, хирургическом отделениях больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Семей ВКО. Из них 37,2% составили больные с ожогами 2-3Б степени, 28,8% - лица с отморожениями 2-4 степени, остальные 22,7% - больные с язвенной болезнью желудка и 12-п кишки, осложненной кровотечением и 11,3% с острой пневмонией. Средний возраст пациентов составлял  $49,6 \pm 1,5$  лет, площадь поверхности тела -  $1,64 \pm 0,02$  м<sup>2</sup>. При этом 67% приходилось на долю мужчин, 33% - на женщин.

Методами инвазивного (измерение ЦВД) и неинвазивного мониторинга (эхокардиографическое исследование сердца) оценивали состояние центральной и легочной гемодинамики. С целью измерения ЦВД в ПИТ всем обследуемым проводилась катетеризация подключичной вены по Сельдингеру. Подключичный катетер с соблюдением всех правил по уходу продолжал функционировать и в условиях профилированного отделения. Остальные параметры (прямые и расчетные) центральной и легочной гемодинамики (МО-минутный объем, УО-ударный объем, УИ, СИ, ФВ, ЛП-левое предсердие, ПЖ-правый желудочек, ОЛС-общее легочное сопротивление, ДЛАСр., диаметр ЛА-легочная артерия, максимальную скорость кровотока через ЛА, ОПСС-общее периферическое сосудистое сопротивление, ИУРПЖ-индекс ударной работы правого желудочка и ИУРЛЖ-индекс ударной работы левого желудочка) регистрировались с помощью метода эхокардиографического исследования сердца.

**Результаты и их обсуждение.** Всем больным оказывалась неотложная помощь, основой которой яви-

лась ИТТ. ИТТ состояла из коллоидных, кристаллоидных растворов, препаратов крови и кровезаменителей. По результатам анализа выявлено, что объем внутривенной инфузии составил от 500 до 1500 мл/сутки, в среднем  $755 \pm 20,1$  мл/сутки. Проведенными исследованиями установлено, что в целом по группе у больных исходное ЦВД составило  $5,6 \pm 0,8$  мм вод.ст. При этом АДср. находилось на уровне  $98 \pm 1,2$  мм рт.ст., ЧСС составила  $83,6 \pm 1,0$  ударов в минуту. По данным ультразвукового исследования сердца исходные значения параметров центральной и легочной гемодинамики были представлены следующим образом. Показатели МО, УИ, СИ сердца находились в пределах нормальных их значений и составили соответственно  $7,0 \pm 0,2$  л/мин,  $52,2 \pm 1,0$  мл/м<sup>2</sup> и  $4,2 \pm 0,1$  л/мин/м<sup>2</sup>. Размеры ЛП и ПЖ составили -  $3,1 \pm 0,05$  и  $2,5 \pm 0,05$  см соответственно. Параметры, характеризующие сократительную способность сердца, у больных перед началом проведения инфузионной терапии были на достаточном уровне (ФВ -  $65,3 \pm 0,5\%$ , ИУРПЖ -  $9,0 \pm 0,5$  и ИУРЛЖ -  $68,8 \pm 1,8$  т-м/м<sup>2</sup>/уд), чтобы поддерживать нормальное функционирование сердечно-сосудистой системы. При этом ОПСС находилось на уровне  $1155 \pm 28,9$  дин/с/см<sup>5</sup>. Что касается состояния легочной гемодинамики, то основные ее показатели (ДЛАСр., диаметр ЛА, максимальная скорость кровотока ЛА, ОЛС, ИОЛС), определяемые в данной работе, также были зарегистрированы в пределах допустимых значений. При ДЛАСр.  $12,5 \pm 0,6$  мм рт.ст., диаметр ЛА составил  $2,1 \pm 0,04$  см, максимальная скорость кровотока через ЛА  $0,8 \pm 0,02$  м/с. При этом ОЛС и ИОЛС зафиксированы на уровне  $243 \pm 11,7$  дин/с/см<sup>5</sup>,  $150,4 \pm 7,5$  дин/с/см<sup>5</sup>/м<sup>2</sup> соответственно.

Таким образом, у больных до начала ИТТ в целом по группе выявлено нормальная деятельность сердечно-сосудистой системы.

Иная ситуация сложилась после проведенной инфузионной терапии. Так зарегистрировано статистически значимое повышение величин ЦВД до  $37 \pm 3,4$  мм вод.ст., АД ср. до  $104,7 \pm 1,7$  мм рт.ст. ( $P < 0,05$ ) Частота сердечных сокращений возросла до  $92,6 \pm 1,1$  ударов в минуту ( $P < 0,05$ ). Показатели МО и СИ достоверно отличались от исходных их значений и составили соответственно  $8,0 \pm 0,1$  л/мин,  $4,8 \pm 0,1$  л/мин/м<sup>2</sup>. То же самое можно сказать и о ЛП и ПЖ, полостные размеры которых увеличились до  $3,3 \pm 0,05$  и  $2,7 \pm 0,04$  см ( $P < 0,05$ ). Касательно параметров ФВ, УО и УИ, то динамика последних носила характер тенденции ( $P > 0,05$ ). Сократительная же функция миокарда при проведении ИТТ значимо увеличилась, несколько превышая их нормальные значения (ИУРПЖ  $12,7 \pm 0,7$ , ИУРЛЖ  $75,3 \pm 2,2$

т-м/ м<sup>2</sup>/уд, P <0,05). Последним изменениям соответствовало достоверное снижение ОПСС до 1069±22 дин/с/см<sup>5</sup>. Относительно динамики параметров легочной гемодинамики, то выявлено достоверное повышение ДЛАСр. и диаметра ЛА до 17,7±0,8 мм рт.ст. и 2,5±0,05 см соответственно (P<0,05). Обнаружены повышенные значения ОЛС - 303±15,7 дин/с/см<sup>5</sup> (P<0,05) и максимальной скорости легочного кровотока - 1,0±0,03 м/с (P <0,05). Следует отметить отдельные клинические случаи, когда у лиц с высокими, по нашему мнению и в соответствии с полученными результатами оценки состояния легочной гемодинамики, цифрами ЦВД выявлена легочная гипертензия (повышенные значения ДЛАСр. и ОЛС). Так у пациентов с показателями ЦВД в пределах от 30 до 80 мм вод.ст. значения среднего давления в легочной артерии составили 27-33 мм рт.ст., а ОЛС на уровне от 400 до 680 дин/с/см<sup>5</sup>. Такая гемодинамическая картина с повышенным ЦВД и признаками легочной гипертензии повышает риск развития волемических осложнений при проведении ИТТ. Итак, ИТТ в объеме от 500 до 1500 мл в сутки вызвала значимое повышение ЦВД, АДср. и ЧСС, что сопровождалось повышением сократительной способности миокарда (ИУРПЖ и ИУРЛЖ), снижением ОПСС и повышении показателей легочной гемодинамики (ДЛАСр., максимальной скорости кровотока ЛА, ОЛС) (P <0,05).

Таким образом, повышение ЦВД, а значит и среднего давления в легочной артерии диктует насторожен-

ность в отношении возможного развития осложнений ИТТ, в первую очередь отека легких.

#### Выводы

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 гиперволемического состояния;

3) при значениях ЦВД более 30 мм вод.ст. выявлены признаки легочной гипертензии.

#### 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». 1985г.

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.

#### Тұжырым

### ИНФУЗИЯ - ТРАНСФУЗИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯ ЖӘНЕ ОРТАЛЫҚ ЖӘНЕ ӨКПЕ ГЕМОДИНАМИКАСЫНА БАҒА БЕРУ

А.А. Дюсупова, А.М. Досбаева, С.Б. Амангельдинова, Н.С. Зготова,  
К.А. Сеилханова, В.Т. Ахметова, Г.Ж. Акимбаева

36 аурудың орталық және өкпелердегі 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 Н<sub>2</sub>О болғанда, өкпе тамырларында гипертензиялық белгілері байқала бастайды.

#### Summary

### INFUSION-TRANSFUSION THERAPY AND ASSESSMENT OF THE STATE OF CENTRAL AND PULMONARY HEMODYNAMICS

A.A. Dyusupova, A.M. Dosbayeva, S.B. Amangeldinova, N.S. Zgotova,  
K.A. Seilkhanova, V.T. Ahmetov, G.Zh. Akimbayeva

Estimation of central and pulmonary haemodynamics was conducted for 36 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.

УДК 618.19-053.87-616.44

М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, О.А. Юрковская, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева

Государственный медицинский университет города Семей  
Кафедра общей врачебной практики по интернатуре

### ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

#### Аннотация

Целью данного исследования было изучить эффективность фитотерапии при сочетанной патологии щитовидной железы и дисгормональных заболеваний молочной железы у женщин климактерического периода.

Комплексное лечение препаратами Мастодинон и Климадинон показало высокую эффективность при патологии ДЗМЖ с климактерическим синдромом на фоне тиреоидной патологии, позволяет добиться уменьшения интенсивности болевого синдрома в молочной железе, а также снижению их плотности, нагрубания.

**Ключевые слова:** дисгормональные заболевания молочной железы (ДЗМЖ), мастопатия, щитовидная железа, менопауза.

Одним из наиболее частых заболеваний у женщин является мастопатия или дисгормональное заболевание молочной железы (ДГЗМЖ), которая встречается как в молодом возрасте 25-40, а так и в перименопаузальном и климактерическом периоде.

В настоящее время большинство исследователей полагают, что основным звеном в данной системе является аденогипофиз, который осуществляет взаимодействие между щитовидной железой – яичниками – молочной железой.

Изменения функции гипоталамо-гипофизарной системы являются причиной гормонального дисбаланса, соответственно нарушаются физиологические процессы в тканях молочной железы и возникают очаги патологической пролиферации эпителия, а гормоны щитовидной железы участвуют в функциональной дифференцировке эпителиальных клеток молочной железы. У 60% женщин с дисгормональными дисплазиями молочных желез выявлена патология щитовидной железы.

Семипалатинский регион, является неблагоприятной экологической зоной и относится как к зобной эндемии с одной стороны, и воздействия малых доз радиации с другой, вследствие ядерных испытаний бывшего СИАП (Семипалатинский испытательный ядерный полигон).

Поэтому среди жителей данного региона, наблюдается высокая встречаемость, как патологии щитовидной железы, так и молочной железы, причем ДГЗМЖ встречается не только в молодом (25-40 лет) возрасте, но и в пременопаузальных, климактерических периодах жизни.

В настоящее время имеются единичные научные исследования по эффективности лечения мастопатии при патологии щитовидной железы. До недавнего времени на рынке Казахстана не было высокоэффективных препаратов лечения ДГЗМЖ особенно растительного происхождения, а применение синтезированных гормональных препаратов вызывает страх из-за их побочных явлений.

С появлением препаратов Мастадинона и Климадинона клиницисты стали широко применять в лечении дисгормональных заболеваний молочной железу женщин климактерического периода.

Мастадинон – комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения, который обладает гормональным воздействием, восстанавливает нарушенный гомеостаз в организме.

Климадинон – комбинированный растительный препарат, регулирующий и снижающие все побочные явления

климакса. Воздействует на психоэмоциональный, неврологический статус. Уменьшает приливы, снижает раздражительность, потливость, нормализует сон. Улучшает качество жизни женщины.

Цель данного исследования изучить эффективность фитотерапии при сочетанной патологии щитовидной железы и ДГЗМЖ у женщин климактерического периода.

**Материалы и методы**

Для исследования отбирали пациенток в возрасте от 46 до 55 лет, у которых были установлены диагнозы маммологом ДГЗМЖ и эндокринологом различные заболевания щитовидной железы. Всего после опроса и анкетирования под наблюдением находились 26 женщины с диагнозом ДГЗМЖ, субклиническим гипотиреозом и гипотиреозом. Все они получали эутирокс 100-175 мкг + мастодион по 30 кап. х2 раза в день, + климадинон по 1табл.х2раза в месяц. А также методом случайной выборки с базы данных компьютерной программы ЦПМСР №12 была создана группа сравнения данного возрастного периода с климактерическим синдромом 16 женщин, которые получали симптоматическое лечение без ЗГТ.

Методика исследования заключалась в использовании клинических данных (опрос, сбор анамнеза, осмотр, пальпация желез).

Интенсивность боли в молочной железе при наличии мастодинии оценивали на основании визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) от 0 до 10 баллов, где на 10-сантиметровой шкале отмечены 6 градаций: 0-отсутствует, 2-слабо выраженная, 4-средней интенсивности, 6-выраженная, 8-резко выраженная, 10-невыносимая. ВАШ пациентки заполняли самостоятельно.

Исследование гормонального фона проводилось в лаборатории «inVitro»ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, св.Т4, биохимических антител к ТПО, антител к ТГ иммунохемилюминесцентным методом с использованием «Zmmulite» на автоматическом многоканальном анализаторе «ELECSYS» (Roche).

УЗИ молочной и щитовидной железы выполнялись на аппарате «Aloha – 500» (Япония), линейным датчиком с частотой 7 МГц.

Маммография проводилась всем женщинам старше 45 лет и некоторым по необходимости в молодом возрасте.

Степень выраженности климактерического синдрома оценивалась в баллах (индекс Куппермана) до лечения (исходно) и после лечения через 3 месяца.

Таблица 1.

**Менопаузальный индекс Куппермана.**

Симптомы	Степень тяжести			
	Отсутствует	Слабо выражены	Умеренно выражены	Тяжелые
Вазомоторные	0	1	2	3
Парестезии	0	1	2	3
Бессонница	0	1	2	3
Нервозность	0	1	2	3
Меланхолия	0	1	2	3
Головокружение	0	1	2	3
Слабость, утомляемость	0	1	2	3
Артралгии, миалгии	0	1	2	3
Головная боль	0	1	2	3
Учащенное сердцебиение	0	1	2	3
Ощущение ползания мурашек	0	1	2	3

Каждый симптом оценивался от степени выраженности от 0 до 3 баллов, после чего определяют степень тяжести климактерического синдрома. Если количество баллов в первой группе нейровегетативных нарушений

меньше 10, можно считать, что климактерический синдром отсутствует, 10-20 баллов соответствует легкому течению, 20-30 – течению средней тяжести, 31 и более – тяжелой степени.

С помощью данного индекса оценивали результаты лечения.

Обследование пациенток выполнялось дважды: до лечения и после лечения через 3 месяца.

Результаты исследования обрабатывались методом вариационной статистики. При назначении лекарств использован способ рандомизации для исключения случайности в исследовании.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В результате проведенных исследований на фоне тиреоидного гормона, Климадинона и Мастодиона получена высокая эффективность лечения климактерического синдрома, о чем свидетельствует достоверное снижение индекса Куппермана.

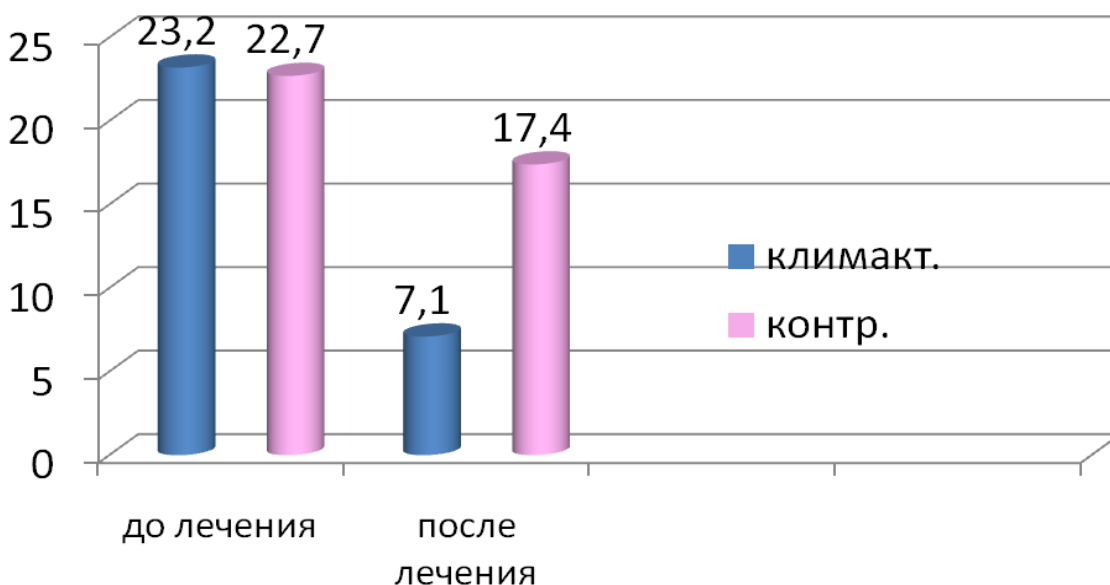


Рисунок 1. Динамика выраженности климактерического синдрома (индекс Куппермана).

До лечения в исследуемой группе индекс Куппермана был  $23,2 \pm 1,9$  в контроле  $22,7 \pm 1,4$ , после лечения в исследуемой группе  $1,7 \pm 0,9$ , а в контрольной группе индекс оставался высоким  $17,4 \pm 1,5$ , которые принимали только седативные препараты без заместительной гормональной терапии. (рис. 1)

В результате проведенных исследований в лечении легкой и средней степени тяжести климактерического синдрома подтверждается высокая эффективность комбинированного применения Климадинона и Мастодиона при сочетанной патологии ДГЗМЖ и гипотиреоза, о чем свидетельствует индекс Куппермана.

Таблица 2.

**Эффективность проводимой терапии через 3 месяца.**

Гормоны	Основная группа		Контрольная группа
	До лечения	После лечения	
ПРЛ(мМЕ/л)	$672,1 \pm 55,8$	$458,3 \pm 36,9$	$508,9 \pm 63,2$
ФСГ (мМЕ/л)	$74,5 \pm 3,6$	$53,2 \pm 2,2$	$69,3 \pm 2,8$
ЛГ (мМЕ/л)	$41,8 \pm 2,9$	$32,4 \pm 2,1$	$41,6 \pm 3,3$
ТТГ (мЕД/л)	$4,9 \pm 1,1$	$1,8 \pm 0,6$	$3,8 \pm 0,9$
Св.Т4 (пмоль/л)	$9,6 \pm 1,5$	$17,5 \pm 1,4$	$10,0 \pm 1,1$
Эстродиол(пг/мл)	$3,0 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,6$	$3,5 \pm 0,7$
ВАШ (баллы)	$6,2 \pm 0,9$	$2,8 \pm 0,8$	$4,1 \pm 0,7$

Примечание\* - разница достоверна относительно показателя до лечения ( $P < 0,05$ )

В таблице 2 показаны динамика гормонального фона в сыворотке крови от проводимого комплексного лечения. Выявлено снижение концентрации гонадотропных гормонов в основной группе через 3 месяца. ФСГ до лечения  $74,5 \pm 3,6$ , после  $53,2 \pm 2,2$ , ЛГ до лечения  $41,8 \pm 2,9$ , после  $32,4 \pm 2,1$ , ТТГ достоверно снизился от  $4,9 \pm 1,1$  до  $1,8 \pm 0,6$ , а в контрольной группе все тропные гормоны оставались высокими. Свободный Т4 при коррекции тиреоидным гормоном (эутирокс) нормализовался до  $17,5 \pm 1,4$ . Эстродиол до лечения  $3,0 \pm 0,2$ , после  $4,8 \pm 0,6$ , а в контроле как и до лечения в основной группе показатели были значительно низкими. Повыше-

ние эстродиола возможно за счет снижения ФСГ, ЛГ, ТТГ и нормализации свободного Т4.

Также, отмечался значительный регресс болевого синдрома и уплотнения в молочной железе. Мастодиния по данным ВАШ до лечения соответствовала  $6,2 \pm 0,9$ , после лечения уменьшилась почти в 2 раза  $2,8 \pm 0,8$ .

По результатам УЗИ и маммографии на фоне проводимого комплексного лечения отмечалась положительная динамика, уменьшение мелких кист, исчезновение кист до 3 мм, однако кисты до 1 см и более оставались без изменения.

Случаев во всех исследуемых группах непереносимости или самоотмены препаратов на фоне проводимой терапии не было.

Побочные реакции были минимальны в виде тошноты, дискомфорта в области желудка, которые исчезали через 3-4 дня после приема препаратов.

#### Выводы

1. Применение препарата Мастодинона при ДЗМЖ на фоне тиреоидной патологии позволяет добиться уменьшения интенсивности болевого синдрома в молочной железе, а также снижению их плотности, нагрубания. Средний показатель мастодинии по ВАШ составил  $5,4 \pm 1,1$  балла до лечения, после лечения снизился до  $1,5 \pm 0,3$ .

2. Комплексное лечение препаратами Мастодинон и Климадинон показало высокую эффективность при патологии ДЗМЖ с климактерическим синдромом на фоне тиреоидной патологии, о чем свидетельствует индекс Куппермана, который снизился после лечения почти в три раза, улучшилось качество жизни, уменьшилась вегето-сосудистая симптоматика, мастодиния по данным ВАШ снизилась в два раза.

3. Всем пациенткам с ДЗМЖ необходимо обязательное УЗИ щитовидной железы, определение ТТГ, свободного Т4, а при подозрении на аутоиммунный тиреоидит дополнительное исследование антитела к ТГ и ТПО, с последующей консультацией эндокринолога.

4. Препараты Мастодинон и Климадинон хорошо переносятся пациентками, почти не вызывают аллергических реакций и очень удобные в длительном применении.

#### Литература:

1. Байдулин С.А., Бесжанова К.Т. Клинико-функциональные особенности патологии щитовидной железы у женщин в климактерическом периоде. Метод. пособие. МЗ РК Учебно-методическая секция медвузов РК. Астана 2007.

2. Бурдина Т.М., Бурдина И.И. Мастодинон и его роль в лечении доброкачественных заболеваний молочных желез. Маммология. – 1998.-4. С. 123.

3. Бурдина И.И. Возможности фитотерапия в лечении доброкачественных заболеваний молочной железы. Репродуктивное здоровье женщины. 2005. 2 (22). С. 124-6.

4. Горячева Л.А., Пинхосевич Е.Г. Фитотерапия при заболеваниях молочных желез. М., 2006. С. 23.

5. Еспенбетова М.Ж., Юрковская О.А. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика узловых зоб. Журн. Наука и здравоохранение. 2007, №1. - с. 39-41.

6. Заманбекова Ж.К. Йодная обеспеченность взрослого населения Семипалатинского региона. Журн. Здоровье и болезнь. 2007. №8. с. 56-58.

7. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Лечение диффузной фиброзно-кистозной мастопатии// Лечащий врач.-2006.- №3. С. 44

8. Мезинова Н.Н. Молочная железа и гормоны. – Алматы. – 2005.

9. Прилепская В.Н., Швецова О.Б. Доброкачественные заболевания молочных желез: принцип терапии. Гинекология. 2000, 6. – С. 21 - 24.

10. Поликарпов А.Ф. Влияние щитовидной железы на развитие мастопатии // Научно-организационные аспекты и современные лечебно-диагностические технологии в маммологии. - М., 2003. С. 267-268.

11. Somer M, Lubirsky J, Perdue C. e.a. Thyroid stimulating hormone (TSN) concentrations and menopausal status is the mid –life (SWAN // Clin. Endocrinol. 2003. -58. P. 340-347.

12. Hollowell L.G., Staehling N.W., Flanders W.D. e.a. Serum TSN, T4 and thyroid antibodies in the US population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Fxamin Survey (NHANES) // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2002 – 87. P. 489-499.

#### Түйіндеме

### ТИРЕОИДТЫ ПАТОЛОГИЯ КЕЗІНДЕГІ КЛИМАКТЕРИЯЛЫҚ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ СҮТ БЕЗДЕРІНІҢ ДИСТОГОРМОНАЛДЫ АУРУЛАРЫ

**М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, О.А. Юрковская, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева**

Бұл зерттеудегі негізгі мақсат ол климактериялық кезеңдегі әйелдер сүт безінің дисгормональды аурулары және қалқанша бездің біріккен аурулары кезіндегі фитотерапияның әсерлігін бақылау.

Жүргізілген зерттеулер нәтижесінде климактериялық синдромның жеңіл және орташа ауырлық дәрежесінде СБДГА (ДЗМЖ) және гипотиреоз аурулары кезінде Климадинон және Мастодинонды бірге қолдану әсерінің жоғары дәрежеде болғанын көрсетті. Гормондарды қалпына келтіру кезінде ауырсыну синдромының регрессі және сүт безінің тығыздалуы анықталды.

#### Summary

### DYSHORMONAL DISEASES OF MAMMARY CANCER IN WOMEN CLIMACTERIC AGE ON THE BACKGROUND OF THYROID PATHOLOGY

**M.Zh. Yespenbetova, Zh.K. Zamanbekova, O.Yu. Yurkovskaya, Zh.M. Zhumanbayeva, A.M. Dosbayeva**

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of herbal medicine in comorbidity thyroid disease dishormonal breast cancer in women menopause.

The studies in the treatment of mild to moderate severity of menopausal syndrome confirmed by the combined use of high efficiency and Klimadinona Mastodionon in comorbidity DGZMZH and hypothyroidism. Against the background of the normalization of hormones was a significant regression of pain and seals in the breast.



УДК 616.284-002.2-071

Ж.О. Жакиянова, А.С. Кудербаева

Государственный медицинский университет города Семей,  
курс ЛОР болезней**ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВИДЕО ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ МИКРОФЛОРЫ  
СРЕДНЕГО УША БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ****Аннотация**

Сформулированы КТ-критерии диагностики хронического гнойного эпитимпанита и эпимезотимпанита, увеличивающие диагностическую значимость метода компьютерной томографии в дооперационном обследовании пациента. Полученные данные свидетельствуют о высокой информативности и чувствительности метода компьютерной томографии для планирования хирургического подхода к антруму, что позволяет свести к минимуму риск возможных операционных осложнений

**Ключевые слова:** среднее ухо, гнойный отит, кариозно-гнойный процесс.

Распространенность хронического гнойного среднего отита (ХГСО) по данным разных авторов составляет 8,4 - 40,0 на 1000 населения [1]. В структуре оториноларингологической заболеваемости ХГСО занимает второе-третье место, составляя 15,7-22,4 % [6]. Хронический гнойный средний отит является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний ЛОР-органов [3]. Среди всех форм хронического гнойного среднего отита у взрослых на долю хронических гнойных эпитимпанитов (ХГЭ) приходится 14,8 %, эпимезотимпанитов (ХГЭМ) - 16,6 %. При этом «тенденции к снижению заболеваемости одним из самых опасных заболеваний среднего уха, к сожалению, не отмечается» [5]. Принимая нередко неблагоприятное течение, процесс может распространиться на внутреннее ухо и в полость черепа [6]. В последние годы для диагностики ХГСО все чаще используется компьютерная томография (КТ) височных костей, которая позволяет получить изображение, сравнимое с анатомическими срезами [2]. Однако КТ височных костей используется больше при осложненных формах ХГСО или в случае предполагаемых аномалий среднего уха и не является обязательной процедурой перед плановой saniрующей операцией на среднем ухе, как, например, обязательное выполнение КТ околоносовых пазух перед эндоскопической, эндоназальной хирургией. В таких случаях требуется принятие решения о дальнейшей хирургической тактике непосредственно во время операции. Вопрос информативности и чувствительности метода компьютерной томографии в диагностике ХГСО, выявляемости холестеатомы методом КТ также широко дискутируется в литературе [7].

**Цель исследования**

Повышение эффективности диагностики с помощью риноскопа больных хроническим, гнойным эпитимпанитом и эпимезотимпанитом;

**Задачи исследования**

1. Провести сравнительный анализ операционных находок и данных дооперационного исследования с применением риноскопа, компьютерной томографии височных костей при хроническом гнойном эпитимпаните и эпимезотимпаните.

3. Оценить микрофлору среднего уха при хроническом гнойном эпитимпаните в процессе хирургического лечения.

**Материалы и методы исследования**

Обследованы 25 больных с хроническим гнойным эпитимпанитом и эпимезотимпанитом с помощью риноскопа. Сформулированные диагностические эндовидеориноскопические картины и КТ-критерии хроническо-

го гнойного эпитимпанита и эпимезотимпанита повышают диагностическую значимость метода компьютерной томографии в дооперационном обследовании пациента. Полученные данные об информативности и чувствительности метода компьютерной томографии для характеристики различных признаков при хроническом гнойном среднем отите ориентируют хирурга на адекватную оценку полученных данных. Данные, полученные в результате изучения динамики микрофлоры среднего уха в процессе хирургического лечения больных хроническим, гнойным эпитимпанитом и антибиотико чувствительности высеваемых микроорганизмов, легли в основу предложенной схемы антибактериальной терапии, которая показала высокую эффективность и может быть рекомендована для применения в клинической практике. В большинстве случаев в кости, оцениваемой хирургом как «здоровая», сохраняются морфологические признаки кариозно-гнойного процесса, что обуславливает необходимость поиска методов, нормализующих процессы эпидермизации, послеоперационной костной полости сосцевидного отростка при saniрующих операциях открытого типа. Компьютерная томография височных костей высокого разрешения является необходимым методом дооперационной диагностики хронического гнойного эпитимпанита и эпимезотимпанита, позволяя отохирургу планировать доступ к антруму хирургическим или анатомическим путем и объем необходимого вмешательства. Назначение при хирургическом лечении больных с обострением хронического гнойного эпитимпанита и эпимезотимпанита адекватной антибактериальной терапии с учетом динамики обнаруживаемой патогенной микрофлоры позволяет создать условия для оптимальной санации среднего уха. При проведении saniрующей операции при хроническом гнойном эпитимпаните и эпимезотимпаните даже при использовании операционного микроскопа хирург визуально не всегда может четко дифференцировать здоровую кость от патологически измененной, в которой сохраняются морфологические признаки кариозно-гнойного процесса. Кожно-надкостнично-фасциальный лоскут для пластики трепанационной раны при открытых вариантах saniрующих операций при хроническом гнойном эпитимпаните и эпимезотимпаните позволяет существенным образом улучшить морфологические и функциональные результаты хирургического лечения.

**Выводы:**

1. Метод диагностики с помощью риноскопа и компьютерной томографии височных костей высокого разрешения при хроническом гнойном среднем отите об-

ладает высокой информативностью для планирования хирургического подхода к антруму, что позволяет свести к минимуму риск возможных операционных осложнений.

2. Данные эндовидео отоскопической диагностики и компьютерной томографии уха при хроническом гнойном эпитимпаните и эпимезотимпаните выявляют увеличение ширины адитуса что можно считать диагностическими критериями хронического гнойного эпитимпанита и эпимезотимпанита.

3. При выполнении операции при хроническом гнойном эпитимпаните и эпимезотимпаните на фоне оторееи обсемененность среднего уха микроорганизмами при нахождении тампонов в послеоперационном периоде увеличивается, таким образом, назначение антибактериальной терапии с учетом высеваемой микрофлоры является обоснованным.

4. В большинстве случаев (66,7%) кость, визуально оцениваемая хирургом как «здоровая», сохраняет морфологические признаки кариозно-гнойного процесса, что не может быть четко дифференцировано визуально даже при использовании операционного микроскопа.

#### Литература:

1. Баба С.А. Гнойное воспаление среднего уха, бактериологические исследования и терапевтические возможности // Вестник оториноларингологии. -1995, № 1. - С. 12-14.

2. Косяков С.Я. Оптимизация технологий слухулучшающих хирургических вмешательств на наружном и среднем ухе: Автореф. дис. докт. мед. наук / СЛ. Косяков. Москва, 2002. - 39с.

3. Руководство по оториноларингологии / Под. ред. И.Б.Солдатова. — 2-е изд. М.: Медицина, 1997. - 608с.

4. Тарасов Д.И. Заболевания среднего уха / Д.И.Тарасов, О.К.Федорова, В.П.Быкова. М. Медицина, 1988. - 288с.

5. Яковлев В.П. Антибактериальные препараты группы фторхинолонов / В.П.Яковлев // Русский медицинский журнал. -1997. Т.5. - № 21. - С. 14051413.

6. Яшан А.И. Пластика мастоидальной полости при операциях у больных хроническим гнойным средним отитом / А.И. Яшан, Ю.М. Андрейчик, И.А. Яшан // Вестник оториноларингологии. 1998. - № 2. - С. 28-32.

#### Тұжырым

### СОЗЫЛМАЛЫ ІРІНДІ ЭПИТИМПАНИТ Ортаңғы құлақтың микрофлорасын бағалау және эндовидео диагностикасының ерекшелігі

Ж.О. Жақиянова, А.С. Күдербаяева

Созылмалы іріңді эпителимпанит және эпимезотимпанит кезінде компьютерлік томографияның диагностикалық белгілері ортаңғы құлаққа жалпы радикалды тазалаушы операция жасау барысында оташыға дұрыс бағыт береді. Сондықтан операцияға дейінгі кезеңде ортаңғы құлақтың компьютерлік томографиясының маңызы зор.

#### Summary

### ESPECIALLY OF ENDOVIDEO DIAGNOSIS AND ASSESSMENT OF MICROFLORA IN PATIENTS WITH CHRONIC MIDDLE EAR PURULENT OTITIS

Zh.O. Zhakiyanova, A.S. Kuderbayeva

Formulated diagnostic KT-kriterii chronic purulent epitimpanita and epimezotimpanita increase the diagnostic importance of a method of a computer tomography in presurgical inspection of the patient. The obtained data about - an informativnost and sensitivity of a method of a computer tomography for the characteristic of various signs at chronic purulent average otitis focus the surgeon on an adequate assessment of the received data.

УДК 616.12-008.331.1+575

А.К. Жанатбекова

Государственный медицинский университет города Семей,  
PhD докторант кафедры интернатуры по терапии.

## МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

#### Аннотация

Обзорная статья посвящена актуальной проблеме поиска патогенетических механизмов артериальной гипертензии, в частности генетических основ.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, взаимодействие генов, патогенетические механизмы.

Эссенциальная АГ – полиэтиологичное заболевание, которое является результатом взаимодействия многих генов, факторов риска пациента и воздействия окружающей среды. Первая обобщенная информация о роли наследственного фактора в развитии эссенциальной артериальной гипертензии (АГ) появилась к 20-30-м годам XX в [1]. При этом поиск взаимосвязи патогенетически значимых механизмов формирования АГ и генетических маркеров проводится исходя из принятой схемы взаимоотношений между генотипом, биохимическим

и клиническим фенотипом заболевания: генотип → «биохимический фенотип → клинический признак [2].

Спектр генов-кандидатов, принимающих участие в реализации артериальной гипертензии, достаточно широк и включает группы генов, контролирующих различные метаболические и гомеостатические системы, нарушения которых вовлечены в патогенез сердечно-сосудистых заболеваний [3]. Исследования ренин-ангиотензинового каскада в генезе АГ немалочисленны и в основном касаются единичных генов, контролирующе-

щих отдельные биохимические звенья этого сложного процесса. Подобный анализ не позволяет судить о молекулярных причинах заболевания. Вполне логично, что особое внимание молекулярных генетиков сегодня сосредоточено на изучении тех генетических детерминант, которые оперируют в физиологических системах, ответственных за поддержание артериального давления.

Генетический полиморфизм определяют как наличие двух и более альтернативных вариантов гена, встречающихся в популяции с частотой не менее 1-5%. В геноме человека полиморфизм генов в большинстве процентов случаев обусловлен однонуклеотидными заменами – SNP (от англ. single nucleotide polymorphism). Ведущую роль в развитии эссенциальной АГ отводят полиморфизму следующих генов: REN (ген ренина), ACE (ген ангиотензинпревращающего фермента), AGT (ген ангиотензиногена), AGTR1 (ген рецептора 1-го типа к ангиотензину '49I), AGTR2 (ген рецептора 2-го типа к ангиотензину II), BK2R2 (ген брадикининового рецептора 2 типа), ADRB1 (ген  $\beta$ 1-адренорецептора), ADRB2 (ген  $\beta$ 2-адренорецептора), MTHFR (ген 5,10-метилентетрагидрофолатредуктазы), NO S3 (ген NO - синтазы 3 типа) [4-6]. Продукты этих генов обеспечивают различные этапы одной метаболической цепи.

Неудачные попытки целого ряда исследователей связать развитие АГ с полиморфизмом какого-либо одного гена привели к пониманию важной роли различных ген-генных ассоциаций в формировании наследственной предрасположенности к этому заболеванию. В настоящее время описан феномен сцепления некоторых полиморфизмов, локализующихся в различных областях одного гена. В литературе описана также возможность влияния одного гена на уровень экспрессии другого, хотя непосредственные механизмы такого взаимодействия пока остаются неизученными [7].

Системный подход к изучению генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы позволяет более адекватно оценить роль каждого полиморфизма аллеля в формировании патогенетического варианта эссенциальной АГ. Ренин-ангиотензин-альдостероновая, брадикининовая и гомоцистеиновая системы представляют собой сложную цепь биохимических реакций, участвующих в регуляции артериального давления. Клетки юкстагломерулярного аппарата почки выделяют в кровь фермент ренин (продукт гена REN), который, воздействуя на ангиотензиноген (продукт гена AGT), превращает его в ангиотензин I. Этот пептид, в свою очередь, служит субстратом для ангиотензинпревращающего фермента (продукт гена ACE), конвертирующего ангиотензин I (AT1) в ангиотензин II (AT2). Ангиотензин II действует через ангиотензиновые рецепторы клеток и является одним из самых мощных вазоконстрикторов. Связываясь с ангиотензиновыми рецепторами (AT1 – продукт гена AGTR1; AT2 – продукт гена AGTR2), ангиотензин II вызывает сужение сосудов, способствуя повышению артериального давления. Под действием ангиотензинпревращающего фермента (продукта гена ACE) увеличивается выработка альдостерона, который усиливает реабсорбцию ионов натрия в канальцах почек. Кроме того, ангиотензинпревращающий фермент, опосредуя свое действие через брадикининовые рецепторы 2-го типа (продукт гена BK2R2), участвует в инактивации брадикинина и тормозит образование NO – мощного фактора вазодилатации. Таким образом, продукты ренин-ангиотензин-альдостероновой и брадикининовой систем, объединенные в единую биохимическую цепь, одновременно участвуют в регуляции артериального давления [8].

*Ренин.* Ген ренина (REN) находится на длинном плече 1-й хромосомы, в локусе 1q32, содержит 9 экзонов. Ренин является одним из основных регуляторов артериального давления – катализирует превращение ангиотензиногена в ангиотензин, то есть активизирует ренин-ангиотензиновый каскад. В гене REN имеется несколько сайтов полиморфизма: HindIII, Bgl11, Mbol, HinfI. Для двух из них (Bgl11, Mbol) показана ассоциация с АГ. В арабской популяции при анализе полиморфизма Mbol (замена G>A) было показано, что частота генотипа A/A существенно выше в группе пациентов, имеющих повышенное артериальное давление, чем в группе здорового контроля (34,7 и 14,0% соответственно).

*Ангиотензиноген.* Ген ангиотензиногена (AGT) локализован на длинном плече 1-й хромосомы (1q42-q43), содержит 5 экзонов. Под действием ренина от ангиотензиногена отщепляется декапептид ангиотензин I, из которого затем образуется ангиотензин II. Различные генетические варианты ангиотензиногена обуславливают различную физиологическую активность ангиотензина II. Известно более трех десятков полиморфных вариантов гена AGT, из которых наиболее изученными являются M235T и T174M. Частота встречаемости в европейских популяциях генотипа T174M – 10-15%, генотипа M235T – 15-20%. Многие из доступных литературных источников демонстрируют ассоциацию генотипа T/T с артериальной гипертензией. А.С. Pereira (2003) и соавт. установили, что полиморфизм M235T и генотип T/T ассоциированы с повышенным уровнем артериального давления [9]. Есть исследования, показывающие, что данный полиморфизм преимущественно влияет на диастолическое, а не на систолическое артериальное давление [10]. В рамках Фрамингемского исследования было показано, что больные с генотипом T/T по гену AGT имеют статистически значимо более высокие показатели диастолического АД (76,1 мм рт. ст. против 71,4 мм рт. ст.) по сравнению с носителями M-аллеля. С помощью лабораторных тестов установлено, что у носителей T-аллеля уровень ангиотензина I в плазме крови повышен на 20% в сравнении с нормой. Исследование полиморфизма T174M у больных артериальной гипертензией и здоровых доноров показало, что частота встречаемости генотипа T174M была в 3-5 раз выше у больных артериальной гипертензией старше 45 лет. При исследовании большой выборки больных АГ было установлено, что наличие гомозиготного генотипа M235T (T/T) приводит к повышенному содержанию ангиотензиногена в крови и повышенному уровню артериального давления.

*Ангиотензинпревращающий фермент.* Ген ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) локализован на длинном плече 17-й хромосомы в локусе 17q23. АПФ кодирует два изоформа: соматический ACE, который экспрессируется в эндотелии, эпителии почек и других органов, и тестикулярный – только в семенниках. АПФ – ключевое звено в поддержании равновесия между факторами вазоконстрикции и вазодилатации. В настоящее время известно более двух десятков полиморфных вариантов гена ACE, однако функционально наиболее значимым является инсерционно-делеционный полиморфизм в 16-м интроне (I/D), который обусловлен наличием или отсутствием Alu-повтора. Показано, что уровень АПФ в сыворотке у здоровых людей, гомозиготных по D-аллелю (30% людей имеют генотип D/D), в 2 раза выше, чем у гомозигот по I-аллелю (23% людей), и имеет среднее значение у гетерозигот (47%). Следовательно, инсерция Alu-повтора приводит к пониженной экспрессии гена ACE. На сегодняшний день накоплено много данных об ассоциации полиморфизма гена АПФ с

инфарктом миокарда, артериальной гипертензией, гипертрофией левого желудочка, гипертрофической кардиомиопатией, заболеваниями почек и сосудистыми осложнениями сахарного диабета. [11, 12].

*NO-синтетаза.* Среди генов, кодирующих NO-синтазу, наиболее вероятным кандидатом на участие в развитии сердечно-сосудистых заболеваний является ген NO S3, расположенный на хромосоме 7q36. NO-синтаза 3-го типа (эндотелиальная) участвует в синтезе NO эндотелием и, следовательно, в регуляции сосудистого тонуса, артериального давления. Это позволяет исследователям предполагать наличие связи полиморфизма гена NO-синтазы 3-го типа с развитием АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний. Активно изучаются 4 полиморфных маркера гена NO S3: интрон 18 локус A27C; интрон 23 локус G10T; интрон 4 eNO S4a/b полиморфизм и аксон 7 Glu298Asp полиморфизм (структурный).

Состояние резистентной гипертензии становится все более распространенным в индустриализованных странах вследствие увеличения ожидаемой продолжительности жизни параллельно экспоненциальному росту факторов, наиболее часто ассоциируемых с резистентной гипертензией — таких как ожирение и сахарный диабет (СД), наряду с эпидемией хронического заболевания почек (ХЗП) [13].

*Генетические детерминанты резистентной гипертензии*

В исследованиях установлены характеристики пациентов, связанные с резистентной гипертензией, но механизмы, лежащие в ее основе, особенно возможные генетические механизмы, не исследовались широко. Известно, что полиморфизм различных генов ассоциирован с повышенным уровнем АД. Однако количество исследований, рассматривающих резистентную гипертензию с точки зрения генетики, незначительно [14]. Существуют данные, свидетельствующие о роли генов, кодирующих  $\beta$ - и  $\gamma$ -субъединицы натриевых каналов эпителия почечных трубочек (ENaC), в возникновении эссенциальной гипертензии с низким уровнем ренина. Мутация этих субъединиц может вызвать синдром Лиддла — редкую моногенную форму АГ, ассоциированную с низкой активностью ренина и низким уровнем альдостерона в плазме крови. Также  $\beta$ ENaC варианты часто отмечаются у представителей негроидной расы с АГ [14]. Финские исследователи в группе из 347 пациентов с резистентной гипертензией, имеющих мутацию в  $\beta$ - и  $\gamma$ -субъединицах ENaC, выявили значимо большую распространенность вариантов генов 2 $\beta$ ENaC и  $\gamma$ ENaC по сравнению с нормотензивными лицами. Наличие вариантов генов ассоциировано с повышенной экскрецией калия с мочой относительно уровня ренина в плазме крови [15].

Поддержание нормального сосудистого тонуса существенно зависит от биодоступности оксида азота (NO) эндотелиального происхождения, синтезированной эндотелиальной изоформой синтазы NO (eNOS, или NOS3). Нарушение продукции NO ведет к повышению АД. NOS3 кодируется геном, расположенным в 7q35. Вариант промотора в гене NOS3 может играть роль в патогенезе резистентной гипертензии — пациенты, гомозиготные по аллелю -786T>C, имеют более высокий риск развития резистентной гипертензии (относительный риск 2,09; 95% доверительный интервал 1,03–4,24;  $p=0,004$ ). Генотип - 786CC NOS3, ассоциированный со снижением активности промотора NOS3, может быть генетическим маркером предрасположенности к резистентной гипертензии. Таким образом, риск резистентной гипертензии может быть детерминирован

шей мере частично на генетическом уровне. Однако, по мнению авторов проведенного исследования, резистентная гипертензия является многофакторным синдромом и в ее развитии принимают участие как полиморфизм других генов, так и факторы окружающей среды [16]. Полиморфно представленный ген CYP 3A5 у людей ассоциирован с уровнем АД. Ферменты субсемейства CYP 3A отвечают за превращение кортизола в 6 $\beta$ -гидроксикортизол и кортикостерона в 6 $\beta$ -гидроксикортикостерон. Генетический полиморфизм CYP 3A5 проявляется воздействием на эндогенный метаболизм кортизола в почках, что может в итоге влиять на АД, наиболее вероятно за счет задержки натрия и жидкости в организме [17]. (Ho N. et al., 2005). Специфический аллель CYP 3A5 (CYP 3A5\*1) у представителей негроидной расы ассоциирован с более высоким уровнем систолического АД (САД) у нормотензивных лиц и с резистентной гипертензией у пациентов с АГ [14]. Вариант CYP 3A5\*3 имеет мутацию в интроне 3, что ведет к продукции aberrантной мРНК и в итоге укороченному белку. Нелеченное АД может быть выше у представителей негроидной расы с генотипом CYP 3A5\*3/\*3, но аллель CYP 3A5\*1 может быть ассоциирован с более рефрактерной АГ в этой этнической группе [17]. У представителей европеоидной расы с генотипом CYP 3A5\*3/\*3 (низкая экспрессия CYP 3A5) отмечены значимо более высокие значения АД при 24-часовом амбулаторном мониторинге по сравнению с пациентами с высокой экспрессией CYP 3A5. Причем не выявлено ассоциации генотипа CYP 3A5 с концентрацией ангиотензина II в плазме крови, скоростью почечного кровотока, скоростью гломерулярной фильтрации, экскрецией натрия с мочой и параметрами, определяемыми при эхокардиографии, однако в группе \*3/\*3 отмечался значимо более низкий уровень альдостерона в сыворотке крови. Эти данные подтверждают, что генотип CYP 3A5 влияет на АД возможно за счет генотипически зависимых различий в почечном, CYP 3A5-опосредованном, метаболизме кортизола и/или альдостерона [18].

Таким образом, несмотря на то что до сих пор не удалось обнаружить гены эссенциальной АГ с ярко выраженным и значительным гипертензивным эффектом, результаты многочисленных исследований по изучению ассоциации АГ с полиморфными вариантами соответствующих генов-кандидатов представляют большой интерес. В настоящее время необходимо внедрение в клиническую медицину популяционного генетического анализа, дающего возможность выяснения вовлеченности различных генетических поломок в развитие того или иного патогенетического варианта эссенциальной АГ.

#### **Литература:**

1. Пузырев В.П. Генетика артериальной гипертензии (современные исследовательские парадигмы). Клиническая медицина. 2003., № 1. С. 12-18;
2. Гайцхоки В.С. Взаимоотношение генотип-фенотип как проблема молекулярной генетики наследственных болезней человека. <http://journal.isse.rssi.ru/>. (4 сентября 2006);
3. Степанов В.А. Этногеномика и наследственные основы широко распространенных болезней. Вестник РАМН. - 2003. - № 12. - С.85-88;
4. Furruck S., Malik M. Renin-angiotensin system: genes to bedside. Am. Heart. J. 1997. Vol. 134, № 3. P. 514-527;
5. Минушкина Л.О. Гены ангиотензинпревращающего фермента, NO-синтетазы и эндотелина-I и гипертрофия миокарда левого желудочка у больных

гипертонической болезнью коренных жителей Якутии. Кардиология. 2005. № 1. С. 41-44;

6. Готов А.С., Иващенко Т.Э., Образцова Г.И. [и др.]. Зависимость между возникновением стабильной артериальной гипертензией у детей и полиморфизмом генов ренин-ангиотензиновой и кинин-брадикининовой систем. Молекулярная биология. 2007. Т. 41, № 1. -С. 18-25;

7. Пузырев В.П. Генетика мультифакториальных заболеваний: между прошлым и будущим. Медицинская генетика. 2003. Т. 2., № 2. - С. 498-508;

8. Шевченко О.В., Свистунов А.А., Бородулин В.Б., Рута А.В., Бычков Е.Н.. Генетические основы патогенеза эссенциальной артериальной гипертензии. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Том 7, № 1. - С 83-87;

9. Pereira A.C., Mota G.F., Cunha R.S. [et al.]. Angiotensinogen 235T allele «dosage» is associated with blood pressure phenotypes. Hypertension. 2003. Vol. 41, № 1. P.25-30;

10. Mondry A., Loh M., Lui P. [et al.] Polymorphism of the insertion / deletion ACE and M235T AGT genes and hypertension: surprising new findings and metaanalysis of data. M. BMC.Nephrol. 2005. Vol. 6. P. 11;

11. Минушкина Л.О. Гены ангиотензинпревращающего фермента, NO - синтетазы и эндотелина-I и гипертрофия миокарда левого желудочка у больных гипертонической болезнью коренных жителей Якутии. Кардиология. 2005. № 1. - С. 41-44;

12. Бражник В.А. [и др.]. Полиморфные маркеры I/D и G7831A гена фермента, превращающего ангиотензин 1, и гипертрофия миокарда у больных артериальной гипертензией. Кардиология. 2003. № 2. С. 44-49;

13. Pisoni R., Ahmed M.I., Calhoun D.A. (2009) Characterization and treatment of resistant hypertension. Curr. Cardiol. Rep., 11(6): 407-413;

14. Calhoun D.A., Jones D., Textor S. et al. (2008) Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. Hypertension, 51(6): 1403-1419;

15. Hannila-Handelberg T., Kontula K., Tikkanen I. et al. (2005) Common variants of the beta and gamma subunits of the epithelial sodium channel and their relation to the plasma renin and aldosterone levels in essential hypertension. BMC Med. Genet., 6: 4;

16. Cruz-González I., Corral E., Sánchez-Ledesma M. et al. (2009) Association between -T786C NOS3 polymorphism and resistant hypertension: a prospective cohort study. BMC Cardiovasc. Disord., 9: 35;

17. Ho H., Pinto F.A., Hall S.D. et al. (2005) Association between the CYP3A5 genotype and blood pressure. Hypertension, 45(2): 294-298;

18. Fromm M.F., Schmidt B.M., Pahl A. et al. (2005) CYP3A5 genotype is associated with elevated blood pressure. Pharmacogenet. Genomics, 15(10): 737-741.

#### Тұжырым

### АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ МОЛЕКУЛЯРЛІ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ

А.К. Жанатбекова

*Шолу мақала эссенциальдық артериальды гипертензиясының патогенетикалық негіздерін іздестіруінің өзекті мәселелерін, жеке алғанда генетикалық негіздеріне арналған.*

#### Summary

### MOLECULAR GENETIC BASIS OF ARTERIAL HYPERTENSION

A.K. Zhanatbekova

*Review article focuses on an important problem of finding the pathogenetic mechanisms of essential hypertension, in particular genetic basis.*

УДК 616.12-008.331.1-614.2

А.С. Жунуспекова

Государственный медицинский университет города Семей,  
Резидент-терапевт кафедры интернатуры по терапии

## ОРГАНИЗАЦИЯ ШКОЛЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ

#### Аннотация

*Школа Артериальной гипертензии — это информационно-мотивационные технологии, и они должны способствовать повышению приверженности пациентов к лечению, сформировать у них мотивацию к сохранению своего здоровья и повысить ответственность пациента за здоровье как своей личной собственности.*

**Ключевые слова:** Артериальная гипертензия, немедикаментозные меры лечения.

Для достижения основной цели Государственной программы развития здравоохранения РК "Саламатты Қазақстан" на 2011-2015 годы - улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны – необходимо проводить работу с населением для профилактики социально-значимых заболеваний, приводящих к инва-

лидности и смертности. Так, в Казахстане болезни системы кровообращения занимают первое место среди всей заболеваемости и первое место в структуре смертности среди населения. За последние 10 лет заболеваемость населения болезнями системы кровообращения возросла более чем в 1,9 раза.

Так среди больных, имеющих повышенное артериальное давление (более 2 млн.), о своем заболевании знают всего 31,8% мужчин и 46,9% женщин и причем эффективно лечатся только 4,1% мужчин и 3,5% женщин.

Во всём мире ежегодно 7 млн человек умирают и 1,5 млрд страдают из-за высокого артериального давления или гипертонии. Это наиболее значимый фактор риска смерти во всём мире. На распространённость гипертонии оказывают влияние уровень социально-экономического развития, отношение населения к сохранению здоровья, распространённость факторов риска, провоцирующих гипертонию. В профилактике артериальной гипертонии важным направлением является регулярное прохождение скрининговых осмотров, с обязательным измерением артериального давления и проведением лабораторных исследований.

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

Особенностью артериальной гипертонии является то, что большинство больных имеют небольшое повышение АД, и порой интенсивного медикаментозного лечения не требуются. Однако у таких больных эффективными методами лечения и успешного контроля повышенного АД являются немедикаментозные меры коррекции основных факторов риска, негативно влияющих на прогноз. Таких факторов множество, однако, наибольшее значение с позиции профилактики имеют факторы риска, методы контроля которых хорошо научно обоснованы, апробированы и показали свою эффективность. Анализируя отечественный и зарубежный опыт, в настоящее время можно твердо говорить о факторах риска поведенческого характера, которые управляемы и зависят от воли и усилий самого пациента.

В г. Семей в 2004 году под руководством профессора Л.К. Каражановой была создана Школа артериальной гипертонии. Основная цель Школы - профилактика

осложнений артериальной гипертонии, приводящих к инвалидности и смертности, за счет достижения контроля над заболеванием. Основными задачами Школы являются:

- обучение больных методам самоконтроля;
- изменение поведенческих привычек, влияющих на течение заболевания;
- приобретение больным навыков управления лекарственной терапией;
- формирование у больного нового отношения к заболеванию, перенос части ответственности за лечение на себя;
- создание отношений партнерства между пациентом и медицинским персоналом, повышающих уровень доверия пациентов к медицинским рекомендациям и мотивацию на их выполнение.

В Школе артериальной гипертонии существует структурированная программа обучения пациентов, включающая проведение 5 занятий:

1. Что такое гипертония? Самоконтроль
2. Основы правильного питания
3. Физическая нагрузка
4. Гипотензивная терапия. Кризы
5. Соль. Алкоголь. Мониторинг.

Все больные в Школе артериальной гипертонии проходят единственное в городе обследование – суточное мониторирование артериального давления, которое позволяет индивидуально подобрать антигипертензивную терапию.

Внедрение школ для пациентов с артериальной гипертонией в реальную практику позволяет уже в течение одного года получить значительную медицинскую и социально-экономическую эффективность этой организационно-функциональной модели профилактической деятельности.

#### Литература:

1. Приложение №1 к приказу № 207/1 от 04.05.2004 г. «Положение о Школе артериальной гипертонии».
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
3. Методическое пособие «Структурированная программа обучения пациентов в школе артериальной гипертонии». Каражанова Л.К., Свитич Т.Н. 2004г.

#### Тұжырым

### СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ АРТЕРИАЛЬДЫ ГИПЕРТОНИЯ МЕКТЕБІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

А.С. Жунуспекова

Мектеп - бұл информациялық - себеп технологиялары, және олар емдеуге емделушілердің жолын ұстаушылығының жоғарылатуына мүмкіндік туғызуы, өз денсаулығының сақтауына оның себебін құррастыруы және өз меншігі сияқты денсаулыққа емделушінің жауапкершілігі жоғарылатуы керек.

#### Summary

### ORGANIZATION OF SCHOOL OF ARTERIAL HYPERTENSION IN SEMEY

A.S. Zhunuspekova

School - an information- motivational technology, and they should contribute to patients' adherence to treatment, to form in them the motivation to maintain their health and increase the responsibility of the patient's health as their personal property.



УДК 618.19-055.2-615.256.5

Ж.К. Заманбекова, М.Ж. Еспенбетова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, О.А. Юрковская

*Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра общей врачебной практики по интернатуре.*

## ФИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

### Аннотация

Целью данного исследования является оценка эффективности лекарственных трав при дисгормональных заболеваниях молочной железы у женщин репродуктивного возраста. По данным УЗИ у всех обследуемых было увеличение щитовидной железы до I-II степени, структура ткани железы диффузно неоднородная, эхогенность снижена, узлы не лоцировались.

Применение препарата Мастодиона при ДГЗМЖ на фоне тиреоидной патологии позволяет добиться уменьшения интенсивности болевого синдрома в молочной железе, а также снижению их плотности, нагрубания.

**Ключевые слова:** Щитовидная железа, тиреоидная патология, заболевание молочной железы, терапевтические мероприятия.

Женский организм, большую часть своей жизни, работает в сложном циклическом режиме, который регулируется преимущественно системой гипоталамус-гипофиз-яичники-молочная железа. Это единая система находится в тесной взаимосвязи и взаимной зависимости. При патологии одного органа, нарушается состояние других звеньев и в ряде случаев способствуют появлению доброкачественных и злокачественных опухолей, которые могут быть множественными, поражая несколько или все звенья данной системы.

В настоящее время большинство исследователей полагают, что основным звеном в данной системе является аденогипофиз, который осуществляет взаимодействие между щитовидной железой – яичниками – молочной железой.

Семипалатинский регион, является неблагоприятной экологической зоной и относится как к зобной эндемии с одной стороны, и воздействия малых доз радиации с другой, вследствие ядерных испытаний бывшего СИАП (Семипалатинский испытательный ядерный полигон).

Поэтому среди жителей данного региона, наблюдается высокая встречаемость как патологии щитовидной железы, так и молочной железы, причем ДГЗМЖ встречается в молодом (25-40 лет) возрасте, то есть у женщин репродуктивного периода.

В настоящее время имеются единичные научные исследования по эффективности лечения мастопатии при патологии щитовидной железы. До недавнего времени на рынке Казахстана не было высокоэффективных препаратов лечения ДГЗМЖ особенно растительного происхождения, а применение синтезированных гормональных препаратов вызывает страх из-за их побочных явлений.

С появлением препарата Мастодиона клиницисты стали широко применять в лечении дисгормональных заболеваний молочной железы.

Мастадион – комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения, который обладает гормональным воздействием, восстанавливает нарушенный гомеостаз в организме.

Цель данного исследования оценить эффективность фитотерапии дисгормональных заболеваний молочной железы женщин репродуктивного возраста с тиреоидной патологией.

**Материалы и методы.** Для исследования отбирали пациенток в возрасте от 25 до 45 лет, у которых были установлены диагнозы маммологом ДГЗМЖ и эндокри-

нологом различные заболевания щитовидной железы. Всего после опроса и анкетирования под наблюдением находились 57 женщины. В дальнейшем методом рандомизации пациентки были распределены на две группы:

I возрастная группа 25-35 лет, 28 пациенток с диагнозом ДЗМЖ и диффузный зоб II ст., эутиреоз, которые получали йод-баланс 200 и мастодион по 30 кап. х 2 раза в день в непрерывном режиме 3 месяца.

II возрастная группа 35-45 лет, всего 29 пациенток с диагнозом ДЗМЖ и хронический аутоиммунный тиреоидит, которые получали эутирокс + мастодион по 30 кап. Х 2 раза в день, 3 месяца. Для I и II основных групп была единая контрольная группа из 23 практически здоровых женщин репродуктивного возраста.

Методика исследования заключалась в использовании клинических данных (опрос, сбор анамнеза, осмотр, пальпация желез).

Интенсивность боли в молочной железе при наличии мастодии оценивали на основании визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) от 0 до 10 баллов, где на 10-сантиметровой шкале отмечены 6 градаций: 0-отсутствует, 2-слабо выраженная, 4-средней интенсивности, 6-выраженная, 8-резко выраженная, 10-невыносимая.

ВАШ пациентки заполняли самостоятельно.

Исследование гормонального фона проводилось в лаборатории «inVitro» ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, св.Т4, биохимических антител к ТПО, антител к ТГ иммунохемилюминесцентным методом с использованием «Zmmulite» на автоматическом многоканальном анализаторе «ELECSYS» (Roche).

УЗИ молочной и щитовидной железы выполнялись на аппарате «Aloha – 500» (Япония), линейным датчиком с частотой 7 МГц. Маммография проводилась всем женщинам.

Обследование пациенток выполнялось дважды: до лечения и после лечения через 3 месяца.

Результаты исследования обрабатывались методом вариационной статистики. При назначении препарата использован способ рандомизации для исключения случайности в исследовании.

### Результаты исследования и их обсуждение.

В результате проведенных обследования частота увеличения щитовидной железы до II степени колебалась в I группе до 68,3±8.3%, у которых в анамнезе имелись клинические проявления вегето-сосудистой дистонии, искусственное прерывание беременности (2 и

более), выраженный болевой синдром в молочных железах.

Анализ состояния репродуктивной системы в группе 25-35 лет показал следующее: миома матки – 32,1±5.7%, нарушение менструального цикла – 38,9±9.2%, хронический аднексит – 42,5±9.3%, бесплодие – 46,3±9.4% пациенток. Акушерский анамнез: роды были у 72,4±8.4%, 1 аборт – 39,6±8.2%, 2 и более – 29,9±8.6%.

По данным УЗИ у всех обследуемых было увеличение щитовидной железы до I-II степени, структура ткани

железы диффузно неоднородная, экзогенность снижена, узлы не лоцировались.

Следует отметить, что основной жалобой было «ком в горле», болезненное нагрубание молочных желез, чаще за неделю до менструации и раздражительность. Осмотр и пальпация молочной железы проводились строго в первой половине менструального цикла.

Для оценки функционального состояния щитовидной и молочной желез исследовали тиреоидный статус и пролактин до и после лечения.

Таблица 1.

#### Эффективность проведенной терапии через 3 месяца.

Гормоны	Основная группа		Контрольная группа (здоровые)
	До лечения	После лечения	
ПРЛ	602,2±46,7	283±32,4	385,0±13,4
ТТГ	3,8±0,2	2,2±0,1	1,3±0,2
Св. Т4	11,3±0,7	18,4±1,2	14,1±1,2
Мастодиния по ВАШ, баллы.	5,4±1,1	1,5±0,3	0

*Примечание\** - разница достоверна относительно показателя до лечения ( $P < 0,05$ )

Как видно из таблицы 1 после проведенной терапии йодными препаратами и мастодиномом показано улучшение гормонального фона: Средний показатель мастодинии по ВАШ составил 5,4±1,1 балла до лечения, после лечения снизился до 1,5±0,3. На УЗИ молочной железы установлено, что статистически значимо чаще, отмечалось железистая форма дисплазии у 1/3, визуализировались одиночные или множественные кисты до 1 см.

После лечения размеры щитовидной железы нормализовались более, чем у половины пациенток 68,9±8.7%, исчезли пальпаторные признаки в молочной железе (болезненность, диффузное уплотнение) у 82,6±16.4%. У 17,4±7.1% динамика пальпаторных признаков умеренно сохранялась, что требует дальнейшего лечения.

По данным УЗИ исчезновения кист не наблюдалось, однако имело место некоторое их уменьшение в размере. Положительный эффект в этой исследуемой группе получен из-за сочетанного патогенетического лечения, йод попадает не только в щитовидную, но и в молочную железу. В тканях молочной железы имеются рецепторы к гормонам щитовидной железы. Йод в тканях молочной железы связывается с липидами, которые регулируют процессы пролиферации клеток молочной железы и оказывают антиоксидантное действие, а мастодинон оказывает допаминэргическое и корригирует нарушенный гомеостаз.

Во 2-ю основную группу были включены 29 женщин позднего репродуктивного возраста. Все пациентки были с сохраненным менструальным циклом. Все женщины состояли на «Д» учете у эндокринолога и маммолога по поводу ДЗМЖ и различные формы хронического аутоиммунного тиреоидита. У всех пациенток, дополнительно к тиреоидной патологии были различные факторы, способствующие возникновению патологических процессов в молочной железе. У 16 (64±8,9%) хронический аднексит, 5 (20±7,4%) бесплодие, 11 (44±9,1%) миома матки, нарушение менструального цикла 12 (48,0±9,2%), аборты 19 (76±7,9%), роды 1 раз 14 (56±9,3%).

До лечения у всех наблюдалась масталгия, ощущение увеличения их объема, нагрубания. У 1/3 пациенток боли носили интенсивный характер, иррадирующие в подмышечную впадину, плечо, шею, особенно усиливающиеся за 7-10 дней до менструации.

По данным УЗИ и маммографии чаще регистрировалась железистая форма дисплазии молочной железы у 13 (52±9,3%), мелкие кисты 7 (28±8,9%) и смешанные формы у 5 (20±7,4%).

Для оценки функционального состояния щитовидной и молочной желез исследовали гормональный фон до и после лечения.

Лечение проводилось эутироксом от 100 до 175 мг и мастодиномом 30 кап.х2 раза в день в течение 3х месяцев.

Таблица 2.

#### Эффективность проводимой терапии через 3 месяца.

Гормоны	Основная		Контрольная Здоровые женщины
	До лечения	После лечения	
ПРЛ	654,2±58,2	396,3±27,5	309,0±22,7
ТТГ	4,1±0,6	2,6±0,2	1,6±0,3
Св.Т4	10,3±0,5	19,0±1,3	15,1±1,1
а/т к ТГ	1:720,0±88,4	1:680,7±83,6	1:20,4±3,2
а/т к ТПО	1:1320,6±112,3	1:920,9±96,4	1:32,0±4,8
Мастодиния по ВАШ, баллы	7,4±1,1	3,3±0,8	0

*Примечание\** - разница достоверна относительно показателя до лечения ( $P < 0,05$ )

Как видно, из таблицы до лечения ПРЛ (654,2±58,2) и ТТГ (4,1±0,6) были повышенными, почти в 2 раза, чем в контроле. После проведенного лечения тропные гормоны снизились до ПРЛ до 396,3±27,5, ТТГ до 2,6±0,2, повысился свободный тироксин до 19,0±1,3. Мастодиния через 3 месяца уменьшилась более, чем на 2 раза.

Тенденция к умеренному снижению наблюдаются и а/т к ТГ и а/т к ТПО. Субъективно после лечения улучшилось общее самочувствие всех пациенток; исчезли слабость, утомляемость, раздражительность, а также боли в предменструальном периоде.

Случаев во всех исследуемых группах непереносимости или самоотмены препаратов на фоне проводимой терапии не было.

#### Выводы:

1. Всем пациенткам с ДГЗМЖ необходимо обязательное УЗИ щитовидной железы, определение ТТГ, свободного Т4, а при подозрении на аутоиммунный тиреоидит дополнительное исследование антитела к ТГ и ТПО, с последующей консультацией эндокринолога.

2. При ДГЗМЖ необходима коррекция нарушения со стороны щитовидной железы. Патогенетическое лечение тиреоидной патологии повышает эффективность терапии ДГЗМЖ.

3. Применение препарата Мастодиона при ДГЗМЖ на фоне тиреоидной патологии позволяет добиться уменьшения интенсивности болевого синдрома в молочной железе, а также снижению их плотности, нагрубания. Средний показатель мастодии по ВАШ составил  $5,4 \pm 1,1$  балла до лечения, после лечения снизился до  $1,5 \pm 0,3$ .

4. Препарат Мастодинон хорошо переносится пациентками, почти не вызывают аллергических реакций и очень удобен в длительном применении.

#### Литература:

1. Бурдина И.И. Возможности фитотерапии в лечении доброкачественных заболеваний молочной

железы. Репродуктивное здоровье женщины. 2005. 2 (22). С. 124-6.

2. Горячева Л.А., Пинхосевич Е.Г. Фитотерапия при заболеваниях молочных желез. М., 2006. С. 23.

3. Есенкулов А.Е., Есенкулова С.А. Терапевтический эффект климадинона и мастодиона. Приложение для врачей «Эскулап». - Алматы 2008.

4. Каневцов В.В. Оптимизация подходов к диагностике и лечению заболеваний молочных желез: Учебно-методическое пособие. М., 2001

5. Кира Е.Ф., Скрыбин О.Н., Цвелев Ю.В. и др. О повышении эффективности диагностики, лечения и профилактики дисфункциональных заболеваний молочных желез. Журнал акуш. и жен.бол. 2000. 1. 95-99.

6. Коростелева Л.Н., Гурьева З.Д., Коростелев Д.С. Дисгормональные гиперплазии молочных желез у женщин репродуктивного возраста. Лечение рака и предраковых заболеваний молочной железы. Казань. 2005. - С. 186-189.

7. Поликарпов А.Ф. Влияние щитовидной железы на развитие мастопатии // Научно-организационные аспекты и современные лечебно-диагностические технологии в маммологии. - М., 2003. С. 267-268.

8. Прилепская В.Н., Швецова О.Б. Доброкачественные заболевания молочных желез: принципы терапии. Маммология 2005.

#### Тұжырым

### РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ СҮТ БЕЗДЕРІНІҢ ДИСГОРМОНАЛДЫ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУДЕГІ ФИТОТЕРАПИЯ

**Ж.К. Заманбекова, М.Ж. Еспенбетова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, О.А. Юрковская**

Бұл тексерудің мақсаты тиреоидты патологиясы бар репродуктивті жастағы әйелдерде сүт бездерінің дисгормоналды ауруларын емдеудегі фитотерапияның әсерін бағалау болып табылады. Барлық зерттелушілердің УДЗ мағлұматтары бойынша қалқанша бездерінде I-II ұлғаюы байқалған, без тінінің құрылымы диффузды бірыңғай емес, эхогенділігі төмендеген, түйіндері анықталған жоқ. Тиреоидты патологияны емдеу фонында омырау бездерінің дисгормоналды аурулары кезінде мастодинон препаратын қолдану ауырсыну синдромының қарқындылығын азайтуға көмектеседі, сонымен қатар қалқанша безінің гормондары қалыптасу фонында сүт бездерінің құрылымын жақсартады.

#### Summary

### PHYTOTHERAPY IN TREATMENT OF DISHORMONAL HYPERPLASIAS OF MAMMARY CANCER IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

**Zh.K. Zamanbekova, M.Zh. Espenbetova, Zh.M. Zhumanbayeva, A.M. Dosbayeva, O.A. Yurkovsky**

The purpose of this study to evaluate the effectiveness of herbal medicine dishormonal breast health of women of reproductive age with thyroid disease. By ultrasound in all subjects had an enlarged thyroid gland to I-II level, the structure of the gland tissue diffusely heterogeneous, echogenicity reduced nodes lotsirovalis. Use of the drug in Mastodinondishormonal diseases of the breast during the treatment of thyroid disease can be reduced pain intensity, improve the structure of the breast, against the normalization of thyroid hormones.

УДК 614.88

**А.М. Исакова, М.В. Горемыкина, С.С. Кырыкбаева**

**Государственный медицинский университет города Семей  
Кафедра общественного здравоохранения и информатики**

### АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА СЕМЕЙ О КАЧЕСТВЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

#### Аннотация

Представлен анализ социальной удовлетворенности пациентов амбулаторно-поликлинической помощью в г.Семей. Изучение удовлетворенности проведено методом анкетирования 240 человек. Установлено, что сохраняется низкая осведомленность населения о предоставляемых медицинских услугах в ЛПУ и процессах реформирования в системе здравоохранения Республики Казахстан.

**Ключевые слова:** удовлетворенность, пациент, медицинская помощь.

**Актуальность:**

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу Казахстана от 27 января 2012 г. указано, что важным направлением повышения уровня человеческого потенциала являются повышение доступности и качества оказания медицинских услуг, продвижение здорового образа жизни. [1]

По данным современных исследований в области качества медицинской помощи, уровень распространенности ненадлежащего качества оказания медицинских услуг, имеющих неблагоприятные последствия для здоровья пациентов, колеблется в разных странах от 3% (в Германии) до 20,5% (в России) от общего числа случаев оказания медицинских услуг [2, №11].

Проблема качества медицинской помощи существовала всегда, и на каждом этапе развития здравоохранения применялись меры с целью ее контроля и улучшения. Среди многих критериев качества медицинской помощи одним из важнейших является уровень удовлетворенности самих пациентов.

В настоящее время разрабатываются и совершенствуются новые инструменты анализа и оценки качества оказания медицинских услуг, так, например, по словам Министра здравоохранения Республики Казахстан Каирбековой Салидат Зекеновны, «здравоохранение Республики Казахстан переживает период больших перемен. С января 2010 года началась реализация Единой национальной системы здравоохранения, коренным образом изменившей прежние подходы к оказанию медицинской помощи. Основные цели Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) – предоставить пациентам возможность свободного выбора врача и медицинской организации, а оплату леченного случая производить по фактическим затратам на основе внедрения медико-экономических протоколов. Это позволит сформировать конкурентную среду оказания медицинских услуг, сделать их максимально прозрачными и эффективно использовать бюджетные средства за счет уменьшения объемов дорогостоящей стационарной помощи» [3,361].

Возросшая конкуренция среди медицинских учреждений вынуждает их более ответственно подходить к соблюдению стандартов и качеству оказания медицинской помощи, а государственные контрольные органы – более детально контролировать этот процесс.

В настоящее время реализуется Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, в которой особое значение уделено развитию качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) для улучшения здоровья граждан Казахстана, для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны [4].

Амбулаторно-поликлиническая служба является важнейшим сектором здравоохранения, от состояния которой зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения.

**Целью проведенного исследования** явилось изучение мнения населения, прикрепленного к ЦПМСП №11 удовлетворенностью качеством оказания медицинской помощи.

**Материалы и методы:** Проведено анкетирование 240 пациентов (мужчин -20%; женщин - 80%), обратившихся за медицинской помощью в ЦПМСП №11г. Семей в период 2-3квартал 2012 года. Средний возраст респондентов составил 51±1,3 год. Анкета включала вопросы, отражающие социальный статус опрошенных, информированность их о профилактических осмотрах (скрининговых

исследованиях), о процессах и направлениях реформирования в системе здравоохранения Республики Казахстан.

**Результаты:** Большинство респондентов имели высшее (48%) и среднее - специальное образование (34%). В анкетировании принимали участие студенты (12%), работающие (46%), пенсионеры (26%) и безработные (16%). Большинство опрошенных оценивали состояние своего здоровья как «хорошее» - 56% и «среднее» - 26%; «очень хорошее» - 8%, «плохое» - 10%. По мнению респондентов по сравнению с предыдущим годом состояние их здоровья значительно улучшилось у 8%, несколько ухудшилось у 20% и осталось без изменений у 72% опрошенных.

Половина анкетированных имели хронические заболевания. Из числа опрошенных за последний год профилактические осмотры и скрининговые исследования прошли 64%. Основными причинами не прохождения профилактических осмотров были: «не знание об их проведении» - 50%, «не было времени из-за работы, ухода за детьми» - 30%, мнение о том, что «со здоровьем нет проблем» -20%.

На вопрос «Пользуетесь ли Вы услугами бесплатного пили льготного обеспечения лекарствами?» 22% респондентов ответили положительно, 78% - отрицательно.

96% респондентов знали к какой поликлинике они относятся, а о том, что они имеют право выбора медицинского учреждения и врача информированы только 74%. О проводимых реформах здравоохранения в Казахстане население узнает: от медицинских работников - 42%; из средств массовой информации - 29%; от знакомых, коллег, друзей - 23%; 6 % - не имеют информации по данному вопросу.

При необходимости обращения за медицинской помощью 81% опрошенных идут в поликлинику по месту жительства, в частную клинику 13%, услугами нетрадиционной медицины пользуются 4%, за советом к аптечному работнику (фармацевту) обращаются 2%. На вопрос «Могут ли пациенты пострадать от медицинской помощи, оказанной в организациях ПМСП?», боятся пострадать от медицинской помощи - 14%, «маловероятно» - 66%, полностью доверяют врачам - 16%

При ответе на вопрос «Нуждались ли Вы в медицинской помощи в течение последних 12-ти месяцев, но не получили ее?», положительный ответ дали 8%. Основными причинами этого явились: очередь, другие причины, связанные с поликлиникой 28,5%; не было времени из-за работы, ухода за детьми 28,5%; страх перед лечением 28,5%; не доверяю мед работникам 14,5%.

Оказалось, что не все пациенты (43%) своевременно приобретают лекарства, которые выписывает врач: по причинам дороговизны препаратов или отсутствия назначенного препарата в аптеке.

Во время предоставления медицинских услуг 88% респондентов устраивает их лечащий врач и то, как он проинформировал о состоянии их здоровья. Из числа проанкетированных качеством медицинской помощи полностью и частично удовлетворены 70%, удовлетворительно 26%, неудовлетворены – 4%

**Выводы:** Таким образом, сохраняется низкая осведомленность населения о предоставляемых медицинских услугах в ЛПУ г.Семей, в частности, о наличии скрининговых исследований, сроках их проведения, контингентах населения, подлежащих скрининговым исследованиям; о процессах и направлениях реформирования в системе здравоохранения Республики Казахстан. Из вышеизложенного следует, что необходимо

продолжить мероприятия, способствующие повышению качества предоставляемых медицинских услуг и организации медицинской помощи, а анализ мнения населения должен способствовать повышению качества медицинской помощи.

**Литература:**

1. Послание Президента Республики Казахстан...от 27 января 2012

2. Тимофеев И.В. Современное состояние проблемы обеспечения населения медицинской помощью надлежащего качества /И.В.Тимофеев [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2009. - №11.

3. Каирбекова С.З. «В вопросах качества оказания медицинской помощи нет мелочей» // Международное сотрудничество, стр.361

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

**Тұжырым**

**КОРСЕТІЛЕТІН АМБУЛАТОРЛЫ- ПОЛИКЛИНИКАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫ ЖАЙЛЫ СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ КӨЗҚАРАСЫН АНЫҚТАУ АНАЛИЗІ**

**А.М. Ысқақова, М.В. Горемыкина, С.С. Қырықбаева**

Семей қаласының тұрғындарына амбулаторлы-поликлиникалық көмектің әлеуметтік қанағаттандыруы жайлы анализ жүргізілді. Бұл анализ 240 адамдар арасында анкета жүргізу әдісімен жүргізілді. Халықтың ЕПМ жағдайында көрсетілетін медициналық қызметтері мен олардың Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесіндегі реформалау процесі жайлы ақпараттану дәрежесінің төмен екендігін анықталды.

**Негізгі сөздер:** қанағаттандырылу, науқас, медициналық көмек.

**Summary**

**THE ANALYSIS OF SEMEY POPULATION'S OPINION STUDY ABOUT THE QUALITY OF AMBULATORY POLICLINIC CARE RENDERING**

**A.M. Iskakova, M.V. Goremykina, S.S. Kyrykbaeva**

The article deals with the analysis of the social satisfaction of patients with ambulatory polyclinic care. The study of satisfaction was organized by questioning of 240 people. It is established, there is a low awareness of the population about the provided medical service in the health centers and reforming processes in the health system of the Republic of Kazakhstan.

**Key words:** satisfaction, patient, medical care.

УДК 614.777+613.22

К.У. Кембаева, А.А. Алтынбекова

Государственный медицинский университет города Семей

**ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕХНОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПОДЗЕМНЫЕ ВОДЫ**

**Аннотация**

Загрязнение подземных вод происходит за счет фильтрации хозяйственных и промышленных стоков. Основными загрязняющими веществами на участках являются: нефтепродукты, аммоний, хлориды и железо.

Загрязнение подземных вод этими веществами на участках: «Березовский», «Западный», «Левобережный» привели к изменению минерального и химического состава подземных вод.

**Ключевые слова:** вода, загрязнение, водоснабжение.

**Актуальность:** В настоящее время широко используются для водоснабжения подземные воды плиоцен-нижнечетвертичных и палеогеновых отложений, подземные воды поймы и надпойменных террас р. 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 3408,285тыс.м<sup>3</sup>/сут. [1].

Ведение Базы данных, государственного мониторинга подземных вод (ГМПВ) на территории Семейского региона, проводит специализированная режимная партия ТОО «Семейгидрогеология», которая осуществляет мониторинг подземных вод, формирует и пополняет данные в системе «Геолинк» по срочным замерам уровней, температур, химического состава подземных

вод и паспортным данным пунктов наблюдений государственной сети мониторинга подземных вод. [2]

Ежеквартально передает их до 5 числа следующего за кварталом месяца, средствами электронной почты в РГП «ИАЦ» г. Алматы. Ведение государственного мониторинга подземных вод на пунктах государственной сети наблюдения, на территории Семейского региона осуществляется по государственному заказу, который имеет бессрочную лицензию на проведение этих работ, 284 пункта наблюдения переданы на баланс МТД «Востказнедра» Комитета геологии и недропользования Министерства энергетики и минеральных ресурсов Республики Казахстан. Перечень пунктов наблюдений утвержден приказом №348 от 14 сентября 2006 г. Комитетом государственного имущества и приватизации Министерства финансов РК.

Целью нашей работы явилась 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]

Основными источниками водоснабжения региона являются подземные воды (грунтовые, трещинные). Для хозяйственно-питьевого водоснабжения используется подземная вода в количестве 60,97 тыс.м<sup>3</sup>/сут, на производственно-технические нужды используется подземная вода в количестве 45,61 тыс.м<sup>3</sup>/сут, поверхностная вода в количестве 1,7972 тыс. м<sup>3</sup>/сут, используется на ХПВ, обводнение пастбищ - 5,20тыс.м<sup>3</sup>/сут, сельхозводоснабжение - 12,53тыс.м<sup>3</sup>/сут, шахтная вода - 5,51 тыс.м<sup>3</sup>/сут, регулярное орошение - 0,35тыс.м<sup>3</sup>/сут, по данным 2-ТП (водхоз). По данным государственного чета, суммарный водоотбор за счет подземных вод по состоянию на 01.01.2012 г составляет 124,66тыс.м<sup>3</sup>/сут, в том числе 5,347 тыс.м<sup>3</sup>/сут подземной воды, получаемой Жезкентским ГОКом из Алтайского края, и используемой на ХПВ, и 5,51 тыс.м<sup>3</sup>/сут - шахтная вода.

При изучении материала было выявлено, что наблюдение за подземными источниками было начато в 1969 году Павлодарской гидрогеологической партией на севере бывшей Семипалатинской области, в пределах Иртышского артезианского бассейна по одиночным скважинам на Воскресеновском и Бель-Агачском постах в процессе разведки эксплуатационных запасов Глуховского месторождения подземных вод. [3]

В настоящее время ГМПВ проводился на 6-ти участках, расположенных в черте г. Семей с целью оценки влияния объектов хозяйственной деятельности на состояние подземных вод. Это участки: «Березовский», «Железнодорожный», «Северо-Западный», «Западный», «Левобережный» и «Семипалатинский».

По участку «Березовский», который расположен в восточной части пригорода г. Семей, в 1,0 км восточнее поселка Березовский, на правом берегу р. Иртыш было выявлено основными источниками загрязнения являются стоки промплощадки и отстойника (накопителя жидких отходов). Уровень подземных вод залегает на глубинах 2,93-3,90м. Фоновая минерализация 0,3 г/дм<sup>3</sup>, вблизи источника загрязнения - 0,6 г/дм<sup>3</sup>. Коэффициент фильтрации отложений - 16,0 м/сут. Промстоки в мг/дм<sup>3</sup>: ПАВ - 0,195, нефтепродукты - 0,45, хлориды - 229,4, сульфаты - 88,6, аммоний - 10,3, нитраты - 31,5, сухой остаток - 601, фильтруясь через земляной отстойник, загрязняют подземные воды. Вблизи отстойника, в подземных водах выше ПДК обнаружены в мг/дм<sup>3</sup>: КН<sub>4</sub> - 6,2-120,0 (ПДК-2,0); нефтепродукты - 0,09-0,20 (ПДК-0,1), железо - 0,29-3,9 (ПДК-0,3), окисляемость - 2,4-11,2 (ПДК-5,0). Масштабы максимального загрязнения подземных вод: площадь 0,84 км<sup>2</sup>, ширина - 750 м, длина - 1125 м, мощность водоносного комплекса -12,6 м. Температура подземных вод - 9,7°С.

По данным материала участок «Железнодорожный» расположен в северо-восточной части г. Семей на правом берегу р. Иртыш. Основными источниками загрязнения являются хозяйственно-бытовые сточные воды поселка, промышленные стоки железнодорожного депо и емкости-хранилища нефтепродуктов. Уровень подземных вод залегает на глубинах 2,20-2,52 м. Подземные воды не защищены от загрязнения хозяйственно-бытовыми и промышленными стоками. Категория защищенности - первая. Химический состав промышленных стоков не изучался. В подземных водах выше ПДК обнаружены в мг/дм<sup>3</sup>: нефтепродукты - 0,08-0,18 (ПДК-0,1), железо - 0,03-0,95 (ПДК-0,3), аммоний - 0,10-26,4 (ПДК-2,0), нитраты - 0,0-89 (ПДК-45,0). Общая жесткость

- 2,2-10,5 (ПДК-7м.моль/дм<sup>3</sup>). Масштабы максимального загрязнения: площадь - 1,9 км<sup>2</sup>, ширина - 750м, длина - 2500, мощность - 9,6 м. Основными источниками загрязнения подземных вод являются хозяйственно-бытовые стоки поселка и промышленные стоки железнодорожного депо.

Участок «Северо-Западный» расположен в северо-западной части г. Семей, на правом берегу р. Иртыш, в 150 м от протоки Скопинка. Источниками загрязнения являются: промстоки очистных сооружений, отстойника, промплощадки. Средняя мощность водоносного горизонта - 7,9 м. Уровень подземных вод залегает на глубинах - 1,92-7,42 м. Фоновая минерализация 0,2 г/дм<sup>3</sup>. Подземные воды не защищены от загрязнения. Категория защищенности - первая. Средняя мощность четвертичных отложений -12м. Основными загрязняющими веществами являются, в мг/дм<sup>3</sup>: МН<sub>4</sub> -0,13-5,1 (ПДК-2); нефтепродукты - 0,08-0,18 (ПДК-0,1); железо - 0,02-0,44 (ПДК-0,3). Окисляемость - 2,1-5,5 (ПДК-5,0). Относительно повышенные концентрации в подземной воде аммония, нефтепродуктов и железа отмечаются возле очистных сооружений и отстойника. Масштабы очага загрязнения подземных вод: площадь - 0,33 км<sup>2</sup>, ширина - 650 м, длина - 450 м, мощность водоносного горизонта - 7,9 м. В настоящее время объемы производства «Кожмехобъединения» значительно снизились, но фильтрующие накопители промстоков представляют реальную угрозу загрязнению подземных и поверхностных вод.

По участку «Западный» Промплощадка Шпалозавода расположена в юго-западной части г. Семей на левом берегу р. Иртыш. Источниками загрязнения подземных вод являются стоки промплощадки. Уровень подземных вод залегает на глубинах 2,97-5,50 м. Фоновая минерализация 0,3 г/дм<sup>3</sup>. [3] Вблизи источников загрязнения минерализация 0,3-1,2 г/дм<sup>3</sup>. Подземные воды не защищены от загрязнения. Категория защищенности - первая. Средняя мощность четвертичных отложений - 12,0 м. Промстоки Шпалозавода до очистки и после очистки в мг/дм<sup>3</sup>: нефтепродукты - 1,9, фенолы - 15,7-9,4, окисляемость - 350-114. В подземных водах участка выше ПДК обнаружены в мг/дм<sup>3</sup>: нефтепродукты - 0,19-7,51 (ПДК-0,1); аммоний - 0,10-80,0 (ПДК-2,0), железо -0,09-4,56 (ПДК-0,3), фенолы - 0,01-5,6 (ПДК-0,25), окисляемость - 1,9-36,0 (ПДК-5). Относительно повышенные концентрации в подземной воде железа, нефтепродуктов, фенолов и органических примесей (окисляемость) отмечено в скважине, расположенной возле шпалоприточного цеха. Масштабы загрязнения: площадь - 1,7 км<sup>2</sup>, ширина - 1850 м, длина - 900 м, мощность водоносного горизонта - 7,9 м. Основным источником загрязнения являются сточные воды промплощадки. Промплощадка шпалозавода расположена внутри жилого массива и является источником загрязнения подземных вод, использование которых для хозяйственно-питьевого водоснабжения является опасным для здоровья человека. Для уменьшения интенсивности загрязнения подземных вод, необходимо, провести современную реконструкцию шпалоприточного цеха и очистных сооружений.

По участку «Левобережный» который находится в 2,0 км на юго-восток от с. Мукур на левом берегу р. Иртыш перед впадением в нее пересыхающей реки Мукур и расположен на I<sup>ю</sup> и II<sup>ю</sup> надпойменной террасе р. Иртыш. Рельеф эрозивно-аккумулятивный с абсолютными отметками 197,5-183,6 м. Наблюдательная сеть состоит из 6-ти скважин, расположенных по профилю от источника загрязнения к пойме р.Иртыш. Начало регулярных наблюдений с 1980 года. Основными источни-



ками загрязнения подземных вод являются коммунальные и промышленные стоки очистных сооружений. Подземные воды не защищены от загрязнения коммунальными и промышленными стоками. Категория защищенности - первая. Средняя мощность четвертичных отложений - 12,0 м. Условно очищенные стоки в настоящее время частично сбрасываются в р. Иртыш. В подземных водах выше ПДК обнаружены, в мг/дм<sup>3</sup>: хлориды - 301-530 (ПДК-350), аммоний - 0,0-6,6 (ПДК-2,0), железо - 0,0-1,33 (ПДК-0,3), нефтепродукты - 0,0-0,16 (ПДК-0,1). Общая жесткость - 5,7-12,5 (ПДК-7м.моль/дм<sup>3</sup>). Направленные загрязненного потока северо-восточное в сторону поймы р.Иртыш. Интенсивность загрязнения в контуре, ед ПДК: минерализация - 1,1; общая жесткость - 1,1; окисляемость - 0,42; С1 - 1,2; Ре - 1,3; аммоний -0,55; нефтепродукты - 0,4; рН - 6,5-7,2. Температура подземных вод - 10,4°С.

По участку «Семипалатинский» который расположен в юго-восточной части г. Семипалатинска (п. Авиаторов) на левом берегу р. [3] Иртыш на II<sup>ой</sup> надпойменной террасе. Рельеф - эрозионно-аккумулятивный с абсолютными отметками 205,0-203,51 м. Очаг загрязнения (бывшие склады ГСМ авиапредприятия и в/ч) находится в 1,5 км на юго-запад от р. Иртыш. Контрольная сеть состоит из 9-ти скважин глубиной по 10,0м, расположенных от источника загрязнения к пойме р. Иртыш и 8-ми родников (№№1,2,3,4,5,6,7,8). Начало регулярных наблюдений с 1990г. по 1999 г. В 2004 г. режимная сеть восстановлена и расширена. В пределах участка загрязнению подвержен, водоносный горизонт верхнечетвертичных аллювиальных отложений (аС)<sub>ш</sub>). Отложения горизонта средней мощностью до 4,9м литологически представлены гравийно-галечни-ком с песчаным заполнителем, мелкозернистыми песками. Уровни подземных вод залегают на глубинах 3,73 м (скв.№1) - 5,94м (скв.№9). Крайний контур распространения жидкой фазы нефтепродуктов по результатам замеров и лабораторных анализов находится на расстоянии 300м от источника загрязнения. [3] В контуре загрязнения подземных вод керосином (с-3, с-4) уровни подземных вод залегают на глубинах - 3,56-3,87м. Зона аэрации сред-

ней мощностью до 3,7 млитологически представлена суглинками, песками мелкозернистыми. Подземные воды не защищены от загрязнения проточками. Категория защищенности - первая. Средняя мощность водоносного горизонта -5,3м, четвертичных отложений - 9,0 м. Минерализация подземных вод в контуре изменяется от 1,2-1,3г/дм<sup>3</sup>, вниз по потоку - 1,0 г/дм<sup>3</sup>. Фоновая минерализация - 1,0 г/дм<sup>3</sup>. Подземные воды слабосоливатые. По химическому составу гидрокарбонатно-хлоридные натриевые, натриево-магниевого. По жесткости - жесткие - общая жесткость в контуре - 7,9 м.моль/дм<sup>3</sup> (ПДК-7). Реакция воды слабощелочная. В подземной воде (скв.№№3, 4) выше ПДК обнаружены в мг/дм<sup>3</sup>: нефтепродукты - 0,27-2,21 (ПДК-0,1); железо - 0,43-1,52 (ПДК-0,3); хлориды - 325-480 (ПДК-350). Окисляемость в контуре загрязнения - 9,0 мг/дм<sup>3</sup> (ПДК-5,0). Температура подземных вод - 11°С. По результатам замеров мощность слоя керосина изменяется от 0,05 до 0,38м. Максимальная мощность слоя до 0,38м отмечена в скв. №3, расположенной в непосредственной близости от источника загрязнения. [3] Средняя мощность слоя керосина - 0,17 м. Вниз по потоку уменьшается до 0,0м. Интенсивность загрязнения внутри контура, ед. ПДК: минерализация -1,2; общая жесткость - 1,1; нефтепродукты - 9,3; Ре - 2,5; С1 - 1,1; окисляемость - 1,8; рН - 7,3-7,4. Масштабы очага загрязнения подземных вод: площадь - 0,47 км<sup>2</sup>, длина - 750м, ширина - 625м, мощность водоносного горизонта - 5,3м.

#### Литература:

1. Субботин С.Б., Лукашенко С.Н., Айдарханова А.О. Радиоактивное загрязнение поверхностных и подземных вод на Семипалатинском полигоне // Радиактивность и радиоактивные элементы в среде обитания человека: 3 Междунар. конф. – Томск, 2009.- С. 2-5
2. Артамонова Е.Н. Радиэкологический мониторинг подземных вод месторождения угля «Каражыра» (Семипалатинский испытательный полигон) // Радиактивность и радиоактивные элементы в среде обитания человека: 3 Междунар. конф. – Томск, 2009.- С. 5-6

#### Тұжырым

#### Жер асты суларына техногенді әсердің сыйпаты

К.У. Кембаева, А.А. Алтынбекова

Бұл мақалада участіктегі негізгі ластанушы көздер болып мұнай өнімдері, хлоридтер, аммоний мен темір табылады. «Березовский», «Западный», «Левобережный» учаскілерінде осы заттармен жер асты суларын ластануы жер асты суларының минеральды және химиялық құрамын өзгеріске әкеп соқтырды.

#### Summary

#### CHARACTERISTICS OF INDUSTRIAL INFLUENCE ON GROUNDWATER

Kembaeva K.U., Altynbekova A.A.

The pollution of ground water take place by filtration of industrial and individual gutter. The main pollutants in the areas are: petroleum, ammonia, chloride and iron. The pollution of Groundwater by these substances on the site: "Beresovsky", "Western", "Left riverside" has led to a change of in the mineral and chemical composition of the groundwater.

УДК 618.396–616–053.32/36

А.Е. Кожуханова

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра интернатуры по педиатрии.

## ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

### Аннотация

Целью нашей работы явилось изучение факторов риска рождения детей с малой массой тела. Рождение детей с малой массой тела в подавляющем большинстве случаев (97,4%) связано с высокой степенью перинатального риска и сочетанным воздействием неблагоприятных факторов.

**Ключевые слова:** низкая масса тела, факторы риска, пренатальный риск, профилактика.

Реабилитация и выхаживание новорожденных с малой массой тела является одной из актуальных тем современной неонатологии. Переход Казахстана с 2008г. на использование в практической работе разработанных и рекомендованных ВОЗ критериев живого и мертворождения, привел к регистрации новорожденных с экстремально- низкой массой тела от 500 до 999 гр. [1]. В связи с ухудшающейся демографической ситуацией и снижением рождаемости выхаживание глубоко недоношенных является основным направлением современной неонатологии [2].

Из-за крайней степени морфофункциональной незрелости дети, рожденные массой тела, составляют особую группу риска по развитию критических состояний в периоде новорожденности [3].

Внедрение современных перинатальных технологий, широкое использование методов интенсивной терапии в лечении детей с малой массой тела способствует увеличению их выживаемости [4].

На состояние здоровья детей, рожденных с малой массой тела и на прогноз их развития влияют многие причины, которые не только неблагоприятно действуют на постнатальную адаптацию, но и приводят к снижению качества их жизни в последующие годы [5,6,7].

Учитывая вышеизложенное, целью нашей работы явилось изучение факторов риска рождения детей с малой массой тела.

На основании анализа анамнеза матерей (360) состояния их здоровья и социального положения, а также других анамнестических данных были выявлены основные причины, приводящие к рождению новорожденных с малой массой тела.

В исследование были включены 360 женщин, родивших детей с малой массой тела. Нами были проанализированы соматический, акушерско- гинекологический анамнез, медико-социальные факторы, а также некоторые особенности беременности и родов. В зависимости от массы при рождении новорожденные были разделены на 3 группы: I группа – дети с малой массой тела от 2500 до 1500 грамм, II группа – дети с очень низкой массой тела от 1500 до 1000 грамм, III группа – дети с экстремально-низкой массой тела от 500 до 999 гр. В контрольную группу вошли 30 матерей, чья беременность закончилась рождением здорового ребенка.

96,6% матерей новорожденных контрольной группы находились в оптимальном детородном возрасте (от 20 до 29 лет). Удельный вес оптимального детородного возраста среди женщин, родивших детей с малой массой тела был ниже (70,2%), а у матерей в возрасте от 30 до 34 лет показатели в 6 раз выше (21,7%), чем в контрольной группе (3,4%) и юные матери (17-19 лет) составили 8,1%. В контрольной группе не было юных матерей.

Среди женщин, родивших детей с очень низкой массой тела было 11,4% юных, 31,8% - в возрасте 30-34 лет и 4,5% в возрасте 35 лет и выше. При оптимальном детородном возрасте показатели составили 52,3%, что в 1,3 раза меньше, чем в контрольной группе.

Самый высокий процент юных матерей (15,4%) и тех, кто старше 34 лет (15,4%) был найден у женщин, родивших детей с экстремально- низкой массой тела. 51,2% женщин в возрасте от 20 до 29 лет, то есть в 1,4 раза меньше, чем в контрольной группе, как и для возраста от 30 до 34 лет – 17,8%.

Так, среди женщин, родивших детей с малой массой тела, удельный вес оптимального детородного возраста уменьшается параллельно малой массе тела, а число юных и матерей старшего возраста увеличивается.

Средний возраст матерей обследованных новорожденных составил: 24,6 ± 1,6 лет в контрольной группе, 26,9 ± 3,2 лет в I группе, 27,2 ± 4,3 лет во II группе, 27,5 ± 5,4 года в III группе, это также свидетельствует о влиянии детородного возраста матери, родивших детей с малой массой тела.

Анализ социального положения матерей, обследованных новорожденных показывает, что среди женщин контрольной группы: 60,0% - служащие, 26,7% - рабочие, 10,0% - домохозяйки, студентки – 3,3%.

Необходимо обратить внимание на тот факт, что среди женщин, родивших детей с малой массой тела, удельный вес домохозяек относительно высокий (16,2% - в I, 29,5% - во II, и 30,8% - в III группе против 10,0% в контрольной группе), и студентки (35,0% против 3,3% в контрольной группе).

Во II группе из 22,7% рабочих половина были связаны с вредным производством (печатница, повар, рабочая производства силикатного клея, рабочая на мясокомбинате) и тяжелым физическим трудом. В III группе все 33,3% работниц были связаны с вредным производством (дезинфектор, техник-рентгенолог, строитель, рабочая мясокомбината, маляр, кондуктор автобуса и другие).

При детальном изучении контингента домохозяек выяснилось, что большинство из них занимаются перепродажей товаров, которые приобретают в ближнем и дальнем зарубежье, или же вынуждены находиться дома из-за отсутствия работы. Все они, а также студентки, питались во время беременности нерегулярно. Но при выявлении влияния массы тела женщин перед данной беременностью и их роста на развитие малой массы тела мы не отметили достоверной зависимости, хотя тенденция к их снижению по мере снижения массы тела имеется. Так, масса тела женщин контрольной группы в среднем составляла 68,6±1,2 кг, I группы – 67,2±2,8 кг, II группы – 67,4±2,5 кг, и III группы соответ-

ственно  $64,0 \pm 3,1$  кг, а рост соответственно  $160,4 \pm 1,1$  см,  $159,0 \pm 1,6$  см,  $159,9 \pm 1,3$  см, и  $156,9 \pm 2,5$  см.

Необходимо отметить, что среди обследованных женщин, родивших детей с малой массой тела, довольно значительный процент курящих как среди рабочих, так и среди служащих (12,5 и 15% соответственно). Среди домохозяек, занимающихся торговлей, наряду с тяжелым физическим трудом отмечается и употребление алкоголя (9,1%). Последнее обнаружено также среди рабочих и служащих (14,1%) основных групп.

В контрольной группе преобладали первобеременные и первородящие: которые составляли 56,7% и 60,0% соответственно. Среди женщин, родивших детей с малой массой тела, число первобеременных (37,8% в I группе, 45,5% во II и 51,3% в III группах) было ниже числа первородящих (54,1% в I, 56,8% во II и 64,1 в III группах) и больше женщин с количеством беременностей 4 и более (29,8% в I, 27,1 во II и 12,8 в III группах, против 13,3% в контрольной группе).

При подробном анализе анамнестических данных было известно, что среди женщин, родивших детей с очень низкой массой тела отмечалось значительное число первородящих в возрасте 30 лет и старше (13,6 и 15,4% соответственно), а также юных (11,4 и 15,4% соответственно). Более того, у 55% женщин, родивших детей с малой массой тела в анамнезе, было 4 и более аборта. Причем число медицинских абортов в анамнезе находилось в обратной зависимости от массы тела: в I группе – 32,4, во II – 27,3%, в III группе – 25,6%, что объясняется большим числом первородящих старшего возраста в группах женщин, родивших детей с очень низкой и экстремально-низкой массой тела.

Гинекологические заболевания в виде хронического и острого аднексита, кольпита во время беременности диагностировались у 1/3 женщин каждой группы, а дисфункция яичников – у 17,3% (в I – 5,4%, во II – 6,8%, в III группе – 5,1%).

Число самопроизвольных выкидышей, мертворождений, бесплодия в анамнезе было значительным во всех рассматриваемых группах женщин, родивших детей с малой массой тела.

Экстрагенитальная патология отмечалась у 86,7% женщин I, у 95,6% II и у 90,5% III группы. Следует отметить, что в большинстве случаев имело место сочетание нескольких факторов, обусловивших рождение детей с малой массой тела.

Следовательно, беременность всех женщин была отягощена наличием экстрагенитальных заболеваний почти у каждой из них и длительно текущим гестозом (токсикозом). Угроза прерывания беременности отмечалась у каждой 2-3-й женщины, а анемия – у 60-70%.

Таким образом, тщательный анализ возрастного состава матерей, состояния их здоровья, социального положения и т.д. показал, что малая масса тела формируется при наличии комплекса неблагоприятных факторов, которые можно выделить как факторы риска рождения детей с малой массой тела:

1. Социально-биологические (возраст женщины 17-19 лет и более 30 лет); профессиональная вредность, тяжелый физический труд, курение, алкоголизм.

2. Наличие экстрагенитальных заболеваний (почек, сердечно-сосудистой системы, хронических заболеваний органов дыхания, пищеварения, эндокринных).

3. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (нарушение менструальной функции, гинекологические заболевания, бесплодие в анамнезе, выкидыши, мертворождения, аборт).

4. Сочетанный токсикоз II половины беременности (угроза прерывания беременности, анемия, обострение пиелонефрита).

Следовательно, рождение детей с малой массой тела в подавляющем большинстве случаев (97,4%) связано с высокой степенью перинатального риска и сочетанным воздействием неблагоприятных факторов.

#### Литература:

1. Володин Н.Н. Актуальные вопросы неонатологии // Гэотар – Медиа, 2004, - с. 95 – 96

2. Дементьева Г.М., Рюмина И.И., Фролова М.И. Выхаживание глубоконедоношенных новорожденных: современное состояние проблемы // Педиатрия, Москва – 2003. №3. - с. 60-66

3. Глуховец Н.И., Белоусова Н.А., Попов Г.Г. Основные причины смерти новорожденных, родившихся с экстремально-низкой массой тела // Российский вестник перинатологии и педиатрии – 2004. - № 5. с. 61

4. Кулаков В.И., Антонов А.Г., Байбарина Е.Н. Проблемы и перспективы выхаживания новорожденных с экстремально-низкой массой тела на современном этапе // М.: Наука, 2007, - с. 31-33

5. Лебедева О.В., Белопасов В.В. Факторы риска и особенности развития перинатальных повреждений головного мозга у новорожденных с экстремально – низкой массой тела // Международный неврологический журнал – 2010. - №7(37) - с. 80-82

6. Володин Н.Н. Перинатальные неврологические проблемы и пути их решения // Неврология и психиатрия – 2009. - № 10. - с. 4-8

7. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Волгина С.Ю. Недоношенные новорожденные в детстве // Медико-социальные исследования М.: Наука, 2001, - с. 188

#### Тұжырым

### СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДА ДЕНЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН ШАЛА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ҚАУІПТІЛІК ЫҚПАЛДАРЫ

А.Е. Кожакханова

**Мақсаты:** Семей қаласында туылған дене салмағы төмен шала туған сәбилердің қауіптілік ықпалын зерттеу.

**Зерттеу нәтижелері:** Дене салмағы төмен шала туған сәбилердің дүниеге келуі басым жағдайда перинаталды қауіптілік жанамалас қолайсыз факторларға байланысты болып табылады.

#### Summary

### RISKS OF FACTOR AT CHILDREN WITH SMALL WEIGHT CATEGORY

А.Е. Kozhakhanova

**Objective:** To study risk factors of children born with low body mass in Semey city.

**Results:** The birth of children with LBM in most cases is linked to the high level of perinatal risk and linkage of influences of unfavorable factors.

УДК 616.1-614.812

L.G. Kozhekenova

Semey State Medical University

## CONCEPT OF PROVIDING QUALITY OF CARDIAC CARE

## Summary

The article describes the ways to improve the quality of cardiac care in the form of a literature review.

**Key words:** cardiac care, quality, cardiovascular disease, risk factors, day hospital, patient education

The problem of providing and improving the health care quality is relevant for all countries. Health care for the population of the Republic of Kazakhstan mainly occur in the budget part of the health system.

The current stage of development of health care is characterized by extensive use of economic management, increased self-management of health, increased responsibility of managers and labor collectives of medical facilities for the outcomes of the work and its quality, in-depth analysis of the state hospital and outpatient care to the population and reform them in the light of current and future needs.

One of the best methods available for realization and closest approach to the public health services are day hospitals at health facilities. They are cost effective for the national budget.

The main objectives of the organization and work of day hospital in a polyclinic are:

1. Conducting medical and rehabilitation measures aimed at accelerating recovery or improve the health of patients.
2. Conduct a comprehensive active treatment patients to the extent provided in a hospital, patients who, for whatever reason, could not be admitted to the hospital.
3. Follow-up care and adaptation of patients after treatment in hospital.
4. Carrying out of some complex diagnostic studies that require special training of the medical staff or the subsequent follow-up.
5. Shortening of the period of temporary disability of patients working age due to more intensive care than in an outpatient setting.
6. Scheduled prophylactic rehabilitation long and often ill patients consisting on the dispensary registration.
7. Temporary admission of patients who visit the clinic during any medical emergency for emergency medical care before arrival ambulance or to eliminate the state of emergency.
8. Solution of certain questions medical labor expertise, which requires daily medical supervision of the dynamics of the disease.

Treatment carried out in day hospital, is as effective as treatment in twenty-four-hour day and night clinics. Applied complex therapy provides a more expressed clinical effect and reduced duration of temporary disability, compared with patients receiving traditional outpatient treatment. A day hospital is one of the modern forms of health care provision, cost-effective, allowing optimum use of resources of clinics and for patients to maintain their traditional work and rest regime [1].

A variety of quality-improvement initiatives in health care management have been implemented in most health care systems. Countries such as Australia, New Zealand, the United Kingdom and the United States have a long tradition in, and established standards for, quality management in primary care. Primary care practices that completed

the European Practice Assessment twice over a three-year period showed improvements in practice management. The findings show the value of the quality improvement cycle in the context of practice assessment.

Quality improvement requires a combination of educational, organizational and financial approaches, using both intrinsic motivation and external incentives.

Quality of care is a broad concept, which requires a mix of objective and subjective measures. One method is formative accreditation, which combines a broad set of quality measures and various improvement activities such as audit and feedback, and educational outreach visits. These strategies have been shown to be effective, and the context of practice accreditation might further add to their impact. Many methods for quality improvement have been shown to have only short-term effects at best. For instance, pay-for-performance has been introduced in many countries and has shown short-term improvements, but the evidence has not been compelling and most incentives were attached to meeting a set target rather than quality improvement. Audit and feedback have been shown to have similar short-term effects. The same applies to feedback given to primary care providers on patients' evaluations of care. This may suggest that such approaches need to be used as one part of a multiple-component strategy for quality improvement rather than used in isolation. The findings support the use and role of formative accreditation as one part of such a strategy.

There is an intrinsic benefit to practices undertaking formative accreditation in terms of practice specific quality improvement. The benchmark assessment motivates practices to improve their performance. The study provides a better understanding of how accreditation can help to improve quality of care by enabling practices to both meet set standards and to identify and address internal priorities for quality improvement [2].

The literature on the problems of quality cardiac care, considerable space is devoted to the discussion of the influence of risk factors for cardiovascular disease [3-9]. The possibilities of using different risk metric technologies were estimated in young people who had formal signs of health. Most young people belonging to a low absolute cardiovascular risk group, nearly 16% of this population was found to have a high relative cardiovascular risk due to the fact that they had a set of modifiable risk factors. These young people were at 7-8-fold greater risk of developing cardiovascular events at a working age than those of the same age who had no cardiovascular risk factors. Relative cardiovascular risk assessment technology should be used to form risk groups when implementing health-promotion programs among young people [10].

The formation and development of behavioral risk factors for cardiovascular disease is largely determined by the social environment. Traditional behavioral risk factors - smoking, alcohol consumption, diet, stress, low physical activity, overweight - often closely related to the conditions

of work. Nutritional intervention in the workplace was studied in 45 research institute workers. Following 12 months, correction of behavioral risk factors associated with nutrition and low physical activity in a group of collective (Rational Nutrition-Related Health School) and individual preventive intervention resulted in a reduction of the spread of nutrition-dependent risk factors: hypercholesterolemia, hypertension, hyperglycemia, and overweight with positive changes in the mean values of blood pressure, total cholesterol, blood sugar, and body mass index. After 24 months, the positive remained in the intervention group: the findings were found to be stable within 2 years after School training [11].

Studies in recent years have revealed the relationship between social status and the severity of the most common risk factors for cardiovascular disease. The conditions for healthy life-style are less favorable among people with lower social status which is related too with the lower level of education. As a rule the higher level of education is associated with healthy life-style which is to be considered in planning and organizing the activities relating to cardiovascular disease prevention. The increase of medical competence of population about the role of risk factors of cardiovascular pathology is an obligatory organizational ground in developing healthy life-style and mastering the methods of self-care and self-control in the field of health protection and promotion [12-15]. Health school education is an effective system for training patients [16-17]. Common global practice of medico-social model is based on complex detailed medico-social aid. Management of patients by cardiologist, rehabilitation specialist and outpatient clinic's physicians provided uninterrupted staged rehabilitation, timely correction of pharmacotherapy [18]. Patient compliance can play essential role in preventing complications of the cardiovascular disease [19]. Observations from the large study of different countries indicate that the retention of a qualified and committed nurse workforce might be a promising area to improve hospital care safety and quality. Improvement of hospital work environments might be a relatively low cost strategy to improve safety and quality in hospital care and to increase patient satisfaction [20].

In many existing publications, researchers have laid out key areas of work to be done – for example, on healthy public policy [21-22], the aspects of the quality of health care assessment [23-27], improvement of preventive activities in cardiac pathology [28-30], a systematic approach to organizing and managing the quality of care [31-33].

Thus, issues of quality assurance cardiac care are complex and multifaceted. All processes of the health care quality assurance systems are interrelated. It is expected that management of operational activities of medical institutions, development of infrastructure of population medical care system, implementation of innovative technologies and evidence-based, guideline driven, standardized methods of delivering care, organization of interaction with international clinical institutions, development of legal and low decisions will make public health better at addressing the complex problems in the area of quality assurance cardiac care.

#### References:

1. Tyulegenbayeva B.K. Organization of Work of the Day Hospital in Conditions of an Outpatient Clinic // *Medicine* – 2012, No.9 – P.8-9.
2. Joachim Szecsenyi, Stephen Campbell, Bjoern Broge, et al. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices // *CMAJ*, December 13, 2011, 183 (18) – P.1326-1333.
3. Simon Capewell, Earl S Ford, Janet B Croft, et al. Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing

coronary heart disease mortality in the United States of America // *Bull World Health Organ* 2010; 88 – P.120-130.

4. Dokina E.D., Dorofeeva E.V., Dubrovina E.V. et al. Detection of Risk Factors and Early Manifestations of Cardiovascular Diseases During Ambulatory Examination of Working Age Persons // *Kardiologija* 2011, No.10 – P.75-80.

5. Costas Tsioufis, Stella Kyvelou, Dimitris Tsiachris, et al. Relation between physical activity and blood pressure levels in young Greek adolescents: The Leontio Lyceum Study // *European Journal of Public Health*, Vol.21, No.1, February 2011 – P.63-68.

6. Yakushin S., Filippov E. Prevention of cardiovascular diseases is a healthy lifestyle strategy // *The Doctor* No.9, 2011 – P.2-7.

7. Gregory A Roth, Stephan D Fihn, Ali H Mokdad, et al. High total serum cholesterol, medication coverage and therapeutic control: an analysis of national health examination survey data from eight countries // *Bull World Health Organ* 2011; 89 – P.92-101.

8. Ivanova A.Ye., Kalininskaya A.A., Kudryavtsev A.A. The preventable losses because of rural population mortality // *Problems of Social Hygiene, health and medical history* 2012; No.3 – P.27-31.

9. Robert Geneau, David Stuckler, Sylvie Stachenko, et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process // *The Lancet*, November 2010 – P.7-16.

10. Evseyeva M.E., Dzhanibekova A.R., Eremin M.V., Kvetkovskaya A.A., Podushinsky A.Yu., Pamukchi S.V., Semenova F.S., Orekhova N.V. Approaches to assessing cardiovascular risk in young people // *Profilac Medicine* 2011; No.5 – P.7-11.

11. Eganyan R.A., Kontsevaya A.V., Kalinina A.M., Belonosova S.V., Khudyakov M.B. Nutrition-dependent risk factors for cardiovascular diseases and their correction in the workplace in the organized collective body // *Profilac Medicine* 2012; No.3 – P.22-28.

12. Galstian A.Sh. From the experience of patients training in prevention at "The School of prevention of ischemic heart disease" // *Problems of Social Hygiene, health and medical history* 2011; No.1 – P.43-44.

13. Magomedova S.A., Ilyintsev Ye.V. The characteristics of ambulatory polyclinic care in case of cardiovascular pathology // *Problems of Social Hygiene, health and medical history* 2012; No.3 – P.46-47.

14. Brown JPR, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Patient education in the management of coronary heart disease (Review) // *The Cochrane Library* 2011, Issue 12.

15. Esther S.T.F. Smeulders, Jolanda C.M. van Haastregt, Ton Ambergen, et al. Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial // *JAN: Journal of Advanced Nursing* 66 (7), February 2010 – P.1487-1499.

16. Petrishcheva A.V., Ryamzina I.N. Impact of health school education on cardiovascular risk factors // *Profilac Medicine* 2011; No.6 – P.26-29.

17. Gadayev A.G., Gulyamova Sh.S. Evaluating the effectiveness of work of a school for the hypertensive patient at the level of primary health care // *Profilac Medicine* 2012; No.3 – P.7-15.

18. Korzhnikov N.P., Kuzichkina S.F., Scherbakova N.A. et al. Optimal rehabilitation of patients with coronary heart disease in outpatient setting // *Therapeutic Archives*, No.1, 2012 – P.18-22.

19. Narmuhamedova N.A. The evaluation of attitude of patients with arterial hypertension to the disease and degree of physician recommendations observation // *Problems of Social Hygiene, health and medical history* 2011; No.3 – P.22-24.

20. Linda H Aiken, Walter Sermeus, Koen Van den Heede, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States // *BMJ: British Medical Journal* 2012; 344:e 1717 (March 2012) – P.1-14.

21. David V. McQueen. A challenge for health promotion // *Global Health Promotion* Vol. 18, No.2, June 2011 – P.8-9.

22. Schepin O.P., Dyatlov V.Yu. The Public Health as Social Economic System // *Problems of Social Hygiene, health and medical history* 2012; No.3 – P.3-5.

23. Abdikarimova G.Ch. About the role of health care sociological quality evaluation in practical public health // *Medicine – 2012*, No.9 – P.14-15.

24. Marco D Huesch. Can Managed Care Plans Reliably Infer the Quality of Cardiac Surgeons' Outcomes? // *The American Journal of Managed Care* Vol. 15, No.12, December 2009 – P.890-896.

25. A. Ignatovsky, E. Sokolovsky, N. Vishnyakov. The Quality of Medical Care: Some Aspects // *The Doctor* No.5, 2012 – P.83-85.

26. Kaleva N.G., Yashin D.A., Kalev O.F., Yashina L.M. Monitoring mean blood pressure levels in an organized population: quality indicator for preventive work // *Profilac Medicine* 2012; No.2 – P.39-43.

27. Oschepkova E.V., Dmitriev V.A., Gridnev V.I., Dovgalevsky P.Ya. Assessment of the Quality of Medical Assistance for Patients with Acute ST Elevation Coronary Syndrome for 2009-2010 in Regions of the Russian Federation Participating in the "Vascular Program" (By the Data of the

Russian ACS Register) // *Therapeutic Archives*, No.1, 2012 – P.23-29.

28. McGaughey J, Alderdice F, Fowler R, et al. Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of Intensive Care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards (Review) // *The Cochrane Library* 2009, Issue 1.

29. Narmukhamedova N.A. Prevention of arterial hypertension in primary health care patients // *Profilac Medicine* 2012; No.3 – P.3-6.

30. Haidarova T.S., Nurmuhambetova R.N. The role of preventive activities in the process of disease prevention as an integral part of primary medical sanitary care // *Problems of Social Hygiene, health and medical history* 2011; No.3 – P.44-46.

31. Andreeva M.R., Karachevtseva M.A., Mahova O.A., Shipacheva N.V. Main objectives and prospects for the development of quality management system of medical care in St. Petersburg // *Bulletin Roszdravnadzor* 2010, No.5 – P.22-27.

32. Alekseeva N.Yu. The Systemic Modification of Regional Public Health System for Enhancing Availability and Quality of Population Medical Care // *Problems of Social Hygiene, health and medical history* 2011; No.3 – P.25-27.

33. Dail Fields, Paul M. Roman, Terry C. Blum. Management Systems, Patient Quality Improvement, Resource Availability, and Substance Abuse Treatment Quality // *HSR: Health Services Research* 47:3, Part I, June 2012 – P.1068-1090.

#### Тұжырым

### КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ КОНЦЕПЦИЯСЫ

Л.Ф. Қожекенова

Бұл мақалада кардиологиялық көмектің сапасын жақсарту жолдары әдебиетке шолу ретінде қарастырылды.

**Түйінді сөздер:** кардиологиялық көмек, сапа, жүрек-қан тамырлары ауруы, қауіп-қатер факторлары, күндізгі стационар, емделушінің үйренуі.

#### Резюме

### КОНЦЕПЦИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Л.Г. Кожекенова

В статье рассмотрены пути улучшения качества кардиологической помощи в виде обзора литературных данных.

**Ключевые слова:** кардиологическая помощь, качество, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, дневной стационар, обучение пациента.

ӘӨЖ 612.017.1-614.876-613.63

Д.Б. Козубаева, Х.С. Жетписбаева, О.З. Ильдербаев, Н.К. Кудайбергенова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

### АСБЕСТ ШАҢЫМЕН 6 ГР Г-СӘУЛЕНІҢ БІРЛЕСКЕН ӘСЕРІНЕ ШАЛДЫҚҚАН ОРГАНИЗМНІҢ ИММУНДЫҚ СТАТУСЫНА ФИТОПРЕПАРАТТЫҢ ӘСЕРІ

#### Тұжырым

Бұл зерттеулерде тритерпеноид фитосубстанциясының жасушалық иммунитет жүйесіне әсері зерттелген. Тритерпеноид лейкоциттер, лимфоциттер, CD3+, CD4+, CD8+ жасушаларының санын жоғарлатқан.

**Негізгі сөздер:** Радиация, асбест шаңы, иммунды статус, иммуномодулятор, фитосубстанция.

Радиацияның зардабын шегіп және асбест өндіретін өндірісте жұмыс жасайтын халықтың өмірлеріне осы

бірлескен екі фактордың қаншалықты зияндылығын зерттеп, дұрыс баға беру қажет. Зерттеу барысында



иондайтын радиация және асбест шаңының біріккен зақымдауы салдарынан дамидын патологиялық өзгерістерді, ерте анықтап, өзгеріске түскен көрсеткіштерді қалпына келтіру мүмкіншіліктері қарастырылады [1].

Әдебиет шолуы көрсеткендей, теориялық және тәжірибелік жағынан бұл бағытта зерттеу жұмыстары тапшы. Осыған орай, иондайтын радиация мен асбест шаңының біріккен әсерлерінен туындайтын иммунитеттік жүйедегі өзгерістерді зерттеп, туындаған патологиялық құбылыстың көрсеткіштеріне, бірлескен асбест шаңымен 6 Гр ү-сәуле әсерінен туындаған иммунитет жүйесіндегі жеткіліксіздіктерге тритерпеноид қоспасының экстрактісі (ТҚЭ) әсерін зерттеу болды. Тритерпеноидтің негізгі бөлімі аққайыңның сыртқы қабығынан алынады. [2,3]. Тритерпеноид қоспасының экстрактісі (ТҚЭ) қасиеттері: антисептикалық, жарақаттарда қолданатын регенарациялы, холестерин азайтушылық, қабыну үрдісіне қарсы, қатерлі ісіктерге қарсы қасиеттері анықталғаны туралы мәліметтер бар [4,5,6].

**Жұмыстың мақсаты:** 6 Гр ү-сәулемен асбест шаңының бірлескен әсерінен туындаған иммундық жүйедегі патологиялық өзгерістерді зерттеп, (ТҚЭ) беру арқылы иммундық жүйедегі өзгерісті бағалау.

**Зерттеу материалдары және әдістері:** Асбест шаңымен 6 Гр ү-сәулемен асбестоздың иммунитетте тудырған әсерлерін және оны қалпына келтіру үшін қолданылған фитозат әсерін зерттеу үшін 3 топқа бөлінген аталық ақ егеуқұйрықтарға эксперименттік сынақтар жасалды: I топ бақылау тобы (n=10), II топ асбестозбен 6 Гр ү-сәуленің бірлескен әсерінен уланған жануарлар (n=20) және III топ асбестозбен 6 Гр ү-сәулемен қосарлана уланып, қосымша тритерпеноид қоспасы фитозатын қабылдаған жануарлар (n=20). Егеуқұйрықтарға жүргізілген тәжірибеде

пневмокониозды моделдеу интратрахеялы Е.Н. Городенская әдісімен өзіміз жетілдіріп жасаған патогенді тозаңды көңірдек іші арқылы енгізу арналған құрылғыны қолдану арқылы жасалды [7]. Тәжірибелік топ жануарлары асбест шаңы енгізілген уақыттан 2 айдан соң жартылай декапитация әдісі арқылы жансыздандырылып, иммундық зерттеулерге қан алынды. Тәжірибелік жануарларды сәулелендірудің алдында топометриялық-дозиметриялық дайындықтан өткен жануарлар Чехиялық «Teagam» радиотерапевтік қондырғысымен тәжірибе серияларына сай межелі уақытта сублеталдық 6 Гр дозадағы гамма сәулелерімен сәулеленді. Сәуле көзі ретінде Co<sup>60</sup> радий белсенді элементі қолданылды. Радиация мен асбест шаңының біріккен әсерлері тобындағы тәжірибелік жануарлар асбест шаңымен тозаңдандырылғаннан кейін 1 айдан соң иондағыш гамма сәулесімен сәулеленді және жалпы сынақ басталған уақыттан 2 айдан соң жартылай декапитация әдісі арқылы жансыздандырылды.

**Зерттеу мәліметтері және оны талқылау:** Зерттеу мәліметтері бойынша 30 күннен кейін (1 кесте) тәжірибелік жануарлардың перифериялық қанындағы лейкоциттердің жалпы саны бірлескен сублеталдық 6 ГР-н асбест шаңының әсерінен болған лейкопения құбылысы тритерпеноид қабылдаған жануарларда лейкоцитозға дейін айқын түрде: 5,13±0,35×10<sup>9</sup>/л-ден 7,44±0,51×10<sup>9</sup>/л-ге дейін мөлшерінің артқаны тіркелді (p<0,05). Сонымен қатар, лимфоциттердің саны да радиация мен асбест шаңының әсерінен 1,52±0,13-ке төмендесе, тритерпеноид қоспасын қабылдағаннан соң 3,93±0,32-ге (p<0,001) жоғарлап, және лимфоциттердің пайыздық көрсеткіші 37,82±2,52-ге төмендеп, тритерпеноид қоспасының нәтижесінде 56,87±4,92-ге жоғарлаған (p<0,05).

1 кесте.

**Асбестозбен 6 Гр ү-сәуленің бірлескен әсерінен туындаған иммунитеттің Т-буынындағы патологиялық өзгерістерге тритерпеноид қоспасының экстрактісінің (ТҚЭ) әсері, М±m**

Көрсеткіштер	Бақылау топ		Асбестоз + ү-сәуле	Асбест+ү-сәуле+ТҚЭ
	I топ	II топ	III топ	III топ
Лейкоциттер, × 10 <sup>9</sup> /л	6,49±0,17	5,13±0,35 *	7,44±0,51 &	
Лимфоциттер, × 10 <sup>9</sup> /л	2,75±0,11	1,52±0,13 ***	3,93±0,32 * &&&	
Лимфоциттер, %	39,01± 3,24	37,82±2,52	56,87±4,92 * &	
CD3+	абс.°	1,44±0,08	0,61±0,05 ***	1,93±0,12 * &&&
	%	31,81±2,41	23,78±1,97 *	29,56±2,02 &
CD4+	абс.	0,69±0,04	0,40±0,03 ***	1,18±0,15* &&&
	%	20,92±1,41	11,61±1,08 *	18,55±1,32 &&
CD8+	абс.	0,48±0,02	0,28±0,02 ***	0,56±0,04 &&&
	%	11,24±0,42	9,22±0,76 *	14,32±1,01* &&
ИРИ	1,72±0,22	1,31±0,08	2,07±0,14 &&	
ЛМТР	0,79±0,04	1,65±0,12 *	0,68±0,05 &&&	

*Ескерту:* °жасушаның абсолюттік саны × 10<sup>9</sup> /л; I топқа сәйкес айырмашылық: \* - p<0,05, \*\*\* - p<0,001; II топқа сәйкес айырмашылық: & - p<0,05, && - p<0,01, &&& - p<0,001.

Тритерпеноид қоспасын қабылдаған жануарларда Т-жасушалы иммунитет буынындағы шаңрадиациялық фактордың әсерінен төмендеген көрсеткіштері айқын түрде жоғарлағаны анықталды. Атап айтқанда, CD3+ фенотипі жасушалардың абсолютті мөлшері 216,39% (p<0,001) артқан, ал, салыстырмалы мөлшері 24,31% (p<0,05) өскен. CD3+ субпопуляциялары жағынан да тіркелген патологиялы өзгерістеріне тритерпеноид фитозаттың әсері оң нәтиже көрсеткен, төмендеген CD4+ фенотипі жасушалардың абсолютті шамасын 0,40±0,03-тен 1,18±0,15-ке жоғарлатқан (p<0,001), ал салыстырмалы мөлшерін – 59,77% (p<0,01) жоғар-

латқан. CD8+ фенотипі жасушалардың абсолютті санын 0,28±0,02-ден 0,56±0,04-ке көтерсе (p<0,001), салыстырмалы мөлшерін – 55,31% жоғарлатқан (p<0,01). Т-лимфоциттердің лимфокинтүзу белсенділіктері иммунитеттің Т-жүйесінің функционалдық белсенділігін көрсететін ФГА әсеріне ЛМТР реакциясына келсек, сублеталды иондаушы сәуле мен асбест шаңының әсерінде бұл көрсеткіш 17,73% төмендеген (p<0,05), ем қабылдаған жануарларда төмендеген көрсеткіш 58,78% (p<0,001) құрады.

Қорытынды: 6 Гр ү-сәулемен асбест шаңының біріккен әсерлерінен иммунитеттің Т-жасушалық бөлім-

дерінде дисбаланстық бұзылыстар орын алып, радиі-белсенділік шамасы артқан сайын иммунитеттің Т-жасушалық жеткіліксіздігі тереңдей түскен. Сублеталдык 6 Гр иондайтын радиация мен асбест шаңының біріккен зақымдауларынан туындаған иммундық жүйенің жеткіліксіздіктерін «Тритерпеноид» фитозатының иммундымодулдық ықпалдарымен реттеу мүмкіндігі анықталды.

#### Әдебиеттер:

1. Сейсебаев А.Т. Қазақстан Республикасы аумағындағы радиациялық ахуал // Астана медициналық журналы. – 2007. - №7 (43). – Б. 32-33.
2. Аргынбекова А.С., Ахметова С.Б., Терентьев Е.Ю. и др. О фармакологической активности бетулина из

березы повислой // Фармацевтический бюллетень. – 2007. – № 9-10. – С. 22-23.

3. Бронштейн А.Л., Лобанова Л.В., Векслер Т.Б. // Тезисы докл. совещ. «Лесохимия и органический синтез». – Сыктывкар, 1994. – С. 34.
4. Wheeler J. // Pharm. J. 1989. – V. 12. – P. 494.
5. Василенко Ю.К., Семенченко В.Ф., Фролова Л.М. и др. Эксперим. и клин. фармакология. – 1993. – Т. 56. – С. 53.
6. Sheth K., Bienchi E., Wiedhope R., Gole J.R. // J. Pharm. Sci. - 1973. – V. 62. – P. 139.
7. Жетпісбаев Б.А., Базарбаев Н.А., Ілдербаев О.З., Шонтасова Т.С., Қозубаева Д.Б. Өнертабысқа алдын ала патент №19023 - 28.10.2007. - Патогенді тозаңды кенірдек іші арқылы енгізуге арналған құрылғы. –

#### Резюме

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ФИТОПРЕПАРАТА НА ИММУННЫЙ СТАТУС ОРГАНИЗМА, ПОДВЕРГАВШЕГОСЯ К СОЧЕТАННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ 6 ГР И АСБЕСТОВОЙ ПЫЛИ

Д.Б. Қозубаева, Х.С. Жетпісбаева, О.З. Ілдербаев, Н.К. Кудайбергенова

В данном исследовании изучалось действие фитопрепарата тритерпеноида (из коры *Betula pendula* Roth) на показатели Т-системы иммунитета (содержание лейкоцитов, лимфоцитов, CD3, CD4, CD8, РТМЛ на ФГА). Анализ результатов исследования показал, что фитосубстанции тритерпеноида в организме вызывает повышение количества лейкоцитов, лимфоцитов, CD3+, CD4+, CD8+ клеток.

#### Summary

### AFFECTIVITY OF FITOSUBSTANTION ACTIVITY TO IMMUNOLOGICAL STATE OF ORGANISM ADDICTED BY COMBINED ACTIVITY OF 6 GR RADIATION AND ASBESTOS DUST

D.B. Kozubayeva, H.S. Zhetpisbayev, O.Z. Ilderbayev, N.K. Kudaybergenova

Action of the Thriterpenoid (herbal medicine from the cortex of *Betula pendula* Roth) on the levels of immunity T-system (amount of leucocytes, lymphocytes, CD3+, CD4+, CD8+, RBMR on PGA). Analysis of the investigation results showed that this herbal medicine causes increasing of the amount of leucocytes, lymphocytes, CD3+, CD4+, CD8+ cells.

УДК 616.5-002.1-053.2

Н.К. Кудайбергенова<sup>1</sup>, Г.Ж. Абдрахманова<sup>2</sup>

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра иммунологии и дерматовенерологии<sup>1</sup>,

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей<sup>2</sup>

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОМЕТОКСА В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

#### Аннотация

Мометокс является эффективным наружным средством для лечения детей, больных атопическим дерматитом. Препарат снижает тяжесть течения аллергических проявлений, сокращает сроки лечения.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, наружная терапия, глюкокортикостероиды, крем Мометокс.

Среди разнообразных аллергических болезней одну из наиболее актуальных проблем представляет атопический дерматит, основой которого является аллергическое воспаление кожи. В его возникновении и поддержании играет роль множество факторов: сухость кожи, ее повышенная чувствительность к раздражителям, иммунологические нарушения, аллергическая реакция немедленного и замедленного типа, инфекция и др.

Применение противовоспалительных средств наружного действия является основным методом лечения детей с атопическим дерматитом. В настоящее время появилось большое количество местных

глюкокортикостероидов, об эффективности и безопасности которых получено много доказательной информации.

#### Цель исследования

Изучить эффективность крема Мометокс у детей с неосложненными формами атопического дерматита.

#### Материалы и методы

Под наблюдением находилось 25 детей в возрасте от 2 до 14 лет с диагнозом атопический дерматит легкой и средней степени тяжести, распространенный, неосложненный, находившихся на амбулаторном лечении МЦ ГМУ г. Семей. Д

Для наружной терапии использовался топический глюкокортикостероид «Мометокс». Крем наносили тонким слоем, слегка втирая, на пораженные участки кожи туловища и конечностей в местах с выраженной инфильтрацией и лихенизацией, 2 раза в день. Длительность обострения атопического дерматита составляла от 2 до 10 дней. Через 10-14 дней после начала лечения оценивали выраженность субъективных и объективных симптомов.

**Результаты исследования:** Больные страдали атопическим дерматитом с 1-1,5 года жизни. Патологические изменения кожи располагались в локтевых и подколенных сгибах, на дистальных отделах верхних конечностей, на лице вокруг рта.

На очагах пораженной кожи определялись эритема, мелко-папулезные элементы, выраженная лихенификация, многочисленные экскориации и шелушение. Больных беспокоил зуд.

В группе больных с атопическим дерматитом уменьшение гиперемии, шелушения, зуда отмечены на 1-2 день лечения кремом Мометокс. На 10-12 день эти явления практически полностью разрешались у 75% больных, т.е. наблюдалось клиническое выздоровление. Значительное улучшение отмечено у 25% пациентов.

**Обсуждение:** Основой противовоспалительного эффекта глюкокортикостероидов является подавление активности генов клеток, участвующих в воспалении. У детей кожа имеет анатомические и физиологические особенности (нежный и рыхлый эпидермис, большое количество поверхностно расположенных кровеносных сосудов, повышенная проницаемость сосудистого эндотелия). В связи с этим кожа детей более чувствительна к воздействию кортикостероидов: препараты в большем количестве всасываются в кровоток, что увеличивает возможность повышения их концентрации в крови, повышается опасность развития местных побочных эффектов, связанных с угнетением кортикостероидами синтеза коллагена и эластина в коже, митоза клеток.

Особенностью Мометокса является его большая активность по сравнению с другими кортикостероидами аналогичной группы. Данный препарат имеет низкий системный эффект и высокую безопасность в отношении как местных, так и системных побочных эффектов. Эти свойства Мометокса, прежде всего, обусловлены

структурой его молекулы, имеющей группу хлора в 9 и 21 позиции, и боковую цепь фууроата. Препарат можно наносить на кожу не только туловища и конечностей, но и на лицо, складки.

Важным достоинством препарата можно считать существование его в трех лекарственных формах (крем, мазь, лосьон), что определяет возможность применения его на разных стадиях воспалительного процесса с различной локализацией. Все три лекарственные формы имеют хорошую основу, сохраняющую pH кожи. Мазь способствует оптимальному проникновению лекарственного вещества в кожу, не содержит аллергенов. Крем благодаря своему составу, созданному по типу масло в воде, концентрируясь в верхних слоях эпидермиса, позволяет мягко купировать острые воспалительные процессы. Основа крема дает возможность использовать его вместо применявшихся ранее примочек. Безжировая основа лосьона обеспечивает его легкое распределение по поверхности кожи без склеивания и высушивания при этом волос, он не оставляет видимых следов и действует охлаждающе на кожу.

Противопоказания для назначения Мометокса совпадают с противопоказаниями большинства топических кортикостероидов. К ним относятся индивидуальная непереносимость препарата, вирусная и бактериальная инфекции кожи, розацеа. Препарат не рекомендуется при беременности и кормлении ребенка грудью.

Таким образом, современный препарат мометокс, обладающий противозудным, противовоспалительным, сосудосуживающим и антипролиферативным действием, является эффективным препаратом для лечения детей, больных атопическим дерматитом.

#### **Литература:**

1. Атопический дерматит у детей: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2007. – 384 с.
2. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии / под ред. А.А.Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2003. – 1248 с.
3. Детская аллергология / под ред. И.И. Балаболкина, А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2006. – 688 с.

#### **Тўжырым**

#### **БАЛАЛАРДАҒЫ АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТТИҢ ЕМІНДЕ МОМЕТОКСТІ ТӘЖІРИБЕ ЖҮЗІНДЕ ҚОЛДАНУ**

**Н.К. Кудайбергенова, Г.Ж. Абдрахманова**

*Атопиялық дерматитпен ауыратын балаларды емдеуде мометокс препаратын теріге қолдану эффективті болып табылады. Препарат аллергиялық көріністердің ауыр ағымын төмендетіп, өмнің уақытын қысқартады.*

#### **Summary**

#### **EXPERIENCE OF USING OF MOMETOKS AT THE TREATMENT OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS**

**N.K. Kudaybergenova, G.Zh. Abdrakhmanova**

*Mometoks is an effective external treatment for children with atopic dermatitis. The medicine reduces the severity of allergic reactions, reduces the duration of treatment.*

УДК 616.5-002.9-056.43

Н.К. Кудайбергенова<sup>1</sup>, Г.Ж. Абдрахманова<sup>2</sup>, Х.С. Жетписбаева<sup>3</sup>, Д.Б. Козубаева<sup>4</sup>Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра иммунологии и дерматовенерологии<sup>1, 3, 4</sup>,Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей<sup>2</sup>

## ПРИМЕНЕНИЕ РОЛИНОЗА В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

## Аннотация

Рассмотрены клиническая эффективность и безопасность ролиноза при аллергических дерматозах. Включение ролиноза в комплексную терапию позволяет значительно уменьшить выраженность клинических проявлений и не вызывает побочных эффектов.

**Ключевые слова:** аллергические дерматозы, комплексная терапия, антигистаминные препараты, ролиноз.

Высокая распространенность аллергических заболеваний, которая продолжает год от года неуклонно расти, является серьезной социальной, экономической и медицинской проблемой во всем мире. Аллергическими болезнями страдает каждый пятый житель нашей планеты, что требует специализированной медицинской помощи в лечении этой патологии.

Первыми противоаллергическими средствами стали антигистаминные препараты. Более 60 лет назад они стали доступны для клинического использования. С тех пор они представляют собой наиболее востребованную группу противоаллергических фармацевтических средств.

**Цель исследования:** Изучить эффективность антигистаминного препарата ролиноза у пациентов с аллергическими дерматозами.

**Материал и методы:** Под наблюдением находилось 50 больных (в возрасте от 15 до 57 лет) с аллергическими заболеваниями кожи (токсико-аллергический дерматит, крапивница, чесука, экзематозные состояния) легкой и средней степени тяжести (процесс распространенный, неосложненный), находившихся на амбулаторном лечении МЦ ГМУ г. Семей.

Больные, находящиеся под наблюдением, получали ролиноз внутрь, в суточной дозе 10 мг (по 1 таблетке) в течение 2 недель, независимо от приема пищи, запивая достаточным количеством жидкости. Через 10-14 дней после начала лечения оценивали выраженность субъективных и объективных симптомов.

**Результаты исследования:** При выявлении этиологически значимых аллергенов у больных была выявлена поливалентная сенсибилизация к пищевым, бытовым, эпидермальным, пыльцевым, бактериальным аллергенам.

Обострение кожного процесса в связи с погрешностью в диете отмечено у 66,8% больных. Пациенты указывали на непереносимость шоколада, меда, острой пищи, копченостей, яиц, молока, цитрусовых, некоторых ягод, алкоголя.

Отягощенная наследственная предрасположенность (наличие аллергических заболеваний у родителей и ближайших родственников) установлена у большинства лиц.

У наблюдаемых больных выявляются сопутствующие болезни. Среди них аллергические заболевания (поллиноз, лекарственная аллергия) наблюдаются у 16%, заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, холецистит, язва желудка и 12-перстной кишки) - у 26%, очаги фокальной инфекции (хронический тонзиллит, пиелонефрит, бронхит, гайморит, ринит) - у 36% пациентов.

У подавляющего большинства больных высыпания сопровождались сильным зудом и нарушениями сна.

Результаты исследований показали, что в клиническом анализе крови у больных аллергическими дерматозами наблюдалось увеличение числа лейкоцитов, эозинофилов и лимфоцитов.

Лечение с использованием ролиноза привело к клиническому выздоровлению (прекращению зуда, исчезновению высыпаний) у всех обследованных. Препарат в рекомендуемых дозах не обладает седативным эффектом и не вызывает осложнений.

Кроме того, за 10-14 дней лечения у больных отмечено уменьшение количества эозинофилов в крови.

**Обсуждение:** Ролиноз - селективный блокатор периферических гистаминовых H<sub>1</sub> рецепторов, метаболит гидроксизина, оказывает антигистаминное, противоаллергическое действие.

В терапевтических дозах ролиноз тормозит аллергенспецифическое накопление гистамина в коже, а также угнетает вызванную специфическим аллергеном миграцию в кожу эозинофилов. В поздней фазе аллергической реакции препарат угнетает накопление в коже базофилов, вызванное специфическим аллергеном.

Для ролиноза характерна высокая способность проникновения в кожу с длительным сохранением терапевтических концентраций в ней. Это подтверждено во многих исследованиях, причем эффект наблюдается уже через 20 мин от момента приема препарата, а длительность действия достигает 24 ч. При этом через 24 ч после приема однократной дозы концентрация препарата в коже оказывается равной или даже несколько превышающей его концентрацию в крови.

Поэтому ролиноз эффективен в отношении купирования кожных симптомов аллергии, а именно при его назначении в среднетерапевтических дозах отмечается быстрое устранение волдырной реакции на коже.

В отличие от большинства антигистаминных препаратов ролиноз не дает снотворного эффекта. Препарат хорошо переносится больными, может назначаться детям от 6 лет, редко вызывает побочные эффекты.

Таким образом, включение ролиноза в комплексную терапию аллергических дерматозов позволяет добиться положительного эффекта и не вызывает осложнений.

**Литература:**

1. Хаитова Р.М., Ильиной Н.И. Аллергология и иммунология: национальное руководство /под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2009. – 656с.

2. Хайтова Р.М., Ильиной Н.И., Латышевой Т.В., Лусс Л.В. Рациональная фармакотерапия аллергических заболеваний /под общ. ред. Р.М. Хайтова, Н.И. Ильиной, Т.В. Латышевой, Л.В. Лусс. – М.: Литтерра, 2007. – 504 с.

3. Скрипкина Ю.К., Бутова Ю.С. Клиническая дерматовенерология: в 2-х т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2009.

#### Тұжырым

### АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ДЕРМАТОЗДАРДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ РОЛИНОЗДІ ҚОЛДАНУ Н.К. Кудайбергенова, Г.Ж. Абдрахманова, Х.С. Жетписбаева, Д.Б. Козубаева

Аллергиялық дерматоздар кезінде ролиноздың клиникалық тиімділігі және қауіпсіздігі қарастырылған. Комплексті терапияға ролинозды енгізу клиникалық көріністерді едәуір азайтады және жанама әсерлерді шақырмайды.

#### Summary

### ROLINOZ IN THE TREATMENT OF ALLERGIC DERMATOSIS

N.K. Kudaybergenova, G.Zh. Abdrakhmanova, H.S. Zhetpisbayeva, D.B. Kozubayeva

The clinical efficiency and safety of Rolinoz at the allergic dermatosis was studied. Inclusion of Rolinoz in complex therapy significantly reduces clinical manifestation and allows avoiding the side effects.

УДК 9-616.34-036.22.001.8

Л.Б. Курмангалиева, Г.Д. Довгаль, А.Е. Ислямова

Государственный медицинский университет города Семей

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗАХ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА СЕМЕЙ

#### Аннотация

Приведен анализ профилактических и противоэпидемических мероприятий при сальмонеллезе по г. Семей: ОЭА и РЭА заболеваемости; планы взаимодействия различных служб эпиднадзора; городской семинар по профилактике, клинике и эпидемиологии сальмонеллеза; обследования эпидочагов с бактериологическим контролем смывов; санитарно-эпидемиологические обследования эпидзначимых объектов.

**Ключевые слова:** Сальмонеллез, ретроспективный эпидемиологический анализ, эпидемиология, профилактические и противоэпидемические мероприятия.

#### Актуальность.

Сальмонеллезы относятся к числу широко распространенных во всем мире кишечных инфекций, удельный вес среди которых составляет 30-40%. По заключению экспертов ВОЗ во всех регионах мира в настоящее время инфицированность людей сальмонеллами составляет 5-10% от общего числа населения, что в количественном выражении исчисляется сотнями миллионов человек. В РК на сегодняшний день сальмонеллез остается одной из важных проблем в структуре инфекционной заболеваемости в целом, также занимает одно из первых мест и в структуре внутрибольничных (госпитальных) инфекций.

С целью снижения заболеваемости сальмонеллезом в г. Семей проведены следующие мероприятия:

1. Проводится оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости сальмонеллезом. По результатам проведения ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости сальмонеллезом по г. Семей, прогнозируемый уровень на конец 2011г. составил 18,3, т.е. ожидалось, в сравнении с 2010г. повышение заболеваемости в 2011 году в 1,3 раза.[1]

2. Составлен план взаимодействия ГУ «УГСЭН по г. Семей» ДК ГСЭН МЗРК по ВКО, «ОУЗ по Семейскому региону», ГУ «Семейская КТИ КГИ в АПК МСХ РК», ГУ «Отдел сельского хозяйства и ветеринарии» по г. Семей по вопросам профилактики зооантропонозных инфекций, в том числе сальмонеллеза в г. Семей на 2011-

2015 годы. Выполнены следующие пункты профилактики сальмонеллезной инфекции: 1,2,3,4,5,10,12,13,14,15,16,20,22,23,24,25. Составлен оперативный план профилактических и противоэпидемических мероприятий по сальмонеллезу по г. Семей на апрель 2011г. Все 8 пунктов выполнены. Составлен план пропаганды мер профилактики сальмонеллеза по г. Семей на июнь, июль, август месяцы 2011 г. Выполнены следующие пункты: 1,2,3,4,5,6,8,9,11,12,13,14,17.

3. Проведен городской семинар совместно с сотрудниками СГМУ для мед. работников ЛПО по проведению профилактических мероприятий, клинике, эпидемиологии и диагностике заболеваемости сальмонеллезом, брюшным тифом и паратифами, присутствовало всего – 58 человек, в том числе врачей – 45, средний мед. персонал – 13.

4. По окончательным диагнозам больных обследованы все очаги с отбором проб 100%. Всего очагов сальмонеллеза – 76 (в том числе бактериологических носителей - 27), все домашние очаги. Во всех домашних очагах проведено эпидемиологическое обследование, лабораторно взято на патогенную флору: смывы – 650/0, продукты питания на патогенную микрофлору и сальмонеллез – 127/0, воды на патогенную микрофлору – 66/0, бактериологически на носительство сальмонеллеза обследовано контактных – 180/0, подлежало обследованию – 180 (100%). Во всех инфекционных очагах проведена заключительная дезинфекция силами ЦСЭЭ – 100%.

Всего объектов по эпидемиологическим показаниям обследовано – 16, в том числе: 1) кафе «Блинок», ИП Ковалева Е.Ю. (бак.носитель); 2) супермаркет «Акку» ИП Середина И.В.; 3) закусочная «Феникс»; 4) столовая. По адресу: площадь Абая, 1; 5) ТОО «Комбинат Восток-Кондитер»; 6) Торговый дом «Жана коктем»; 7) столовая ТОО «Кара жыра ЛТД»; 8) кафе ТОО «Сауап»; 9) торговый отдел ИП Тыныбаева Н.; 10) магазин «Рассвет»; 11) столовая ТОО «Теплокоммуноэнерго»; 12) магазин «Ардагер» - 2 раза; 14) магазин «Анар»; 15) супермаркет «Адал»; 16) кафе «Агайын».

Всего взято лабораторно смывы на патогенную микрофлору – 170/0, смывы на БГКП – 50/0, проб продуктов на микробиологическое исследование – 17/0, воды на патогенную флору – 4/0, внезапно обследованы бактериологически (по эпидемиологическим показаниям) 36/0. Снято с реализации 3 кг фарша, производства России из супермаркета «Акку». По выявленным нарушениям составлены административные материалы – 15.[2]

5. Организованы и проведены санитарно-эпидемиологические обследования эпидзначимых объектов: ТОО «Семей кус», ТОО «ПБПФ», продуктовые магазины, с отбором проб пищевых продуктов, смывов для лабораторного исследования, с внезапным обследованием работников на микроучастках города № 9, 11; магазин «Презент», «Ак дастархан», «Коксу», «Кулинария», «Нарине», «Улар», торговый дом «Нива» (ИП Колесова О.Т., ИП Ахмеджанова У.Н.), гостротем И.В. Воронина, ИП Кусаинова А.С., оптовых складов: ТОО «СФ «FoodHause&Service» - 2 раза, ИП Тукпиева, ИП Афлетонова, магазин «Рахилияш».

В ходе текущего санитарно-эпидемиологического обследования ТОО «Семей кус» (в апреле 2011г.) были отобраны: смывы с объектов внешней среды на патогенную микрофлору и сальмонеллез – 360/5 (сальмонелла энтеритидис) - (стол, тележка, нож, наружность куриной тушки., ведро для отходов), пробы яиц – 18/0 (по 5 и 10 штук разных категорий), мясо птиц и внутренние органы – 20/5 сальмонелла энтеритидис (мясо кур, кишки, ножки, желудки, печень), корм – 5/0, воду на Сан Пин – 2, в первом отборе проб водопроводной воды обнаружено ОКБ, ТКБ – 37,3 КОЕ в 100мл., воду на патогенную микрофлору – 3 (в том числе – сточная вода - 1), вода на санитарно-химические показатели – 1 (отвечает требованию ГОСТу), дез. Средств – 2 (в растворе гипохлорита кальция активность хлора была фактически 14%, при норме 2%, т.е. выявлено нарушение правила приготовления дез. Раствора, превышена концентрация в 7 раз), внезапно бактериологически обследовано -137 работников (результаты отрицательные).

За выявленные нарушения Санитарных правил от 3 августа 2010 года № 588 «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам по переработке и производству пищевой продукции» п.3.2; 4.63; 4.68; 5.84; 5.85; 5.88; 9.306; 9.323; 9.324 было дано предписание и составлены административные материалы – 4, на и.о. главного ветеринарного врача, начальника ТВКО, ветеринарного врача убойного цеха и начальника яйцесклада.

Проведен санитарный день, после этого были отобраны смывы и продукция, направлены в лабораторию для исследования, результаты протокола исследования – отрицательные.

Проведено санитарно-эпидемиологическое обследование ТОО «Прииртышской бройлерной птицефабрики». В ходе текущего санитарно-эпидемиологического обследования были отобраны: всего смывы с объектов внешней среды на патогенную микрофлору и сальмо-

неллез – 80/0, мясо птиц и внутренние органы – 11/0, корм – 5/0, воду на патогенную микрофлору – 2 (в т.ч. сточная вода - 1), дез. средств – 4, не соответствует - 4, занижена концентрация дез. раствора; внезапно бактериологически обследовано – 75, результаты отрицательные. За выявленные нарушения Санитарных правил от 3 августа 2010 года №588 «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам по переработке и производству пищевой продукции» п. 4.64; п. 5.85; п. 9.306; п. 9.317 составлены административные материалы – 2, на ветеринарного врача и начальника холодильного склада.

Проведено санитарно-эпидемиологическое обследование СФ ТОО «СФ «FoodHause&Service» - 2 раза. Лабораторно взяты смывы на патогенную микрофлору – 55, продукты – 10, внезапно обследованы – 43, результаты отрицательные.

Согласно комплексного плана проверено 34 торговых магазина по реализации птицепродуктов. В ходе санитарно-эпидемиологического обследования были взяты лабораторно – смывы на патогенную микрофлору – 100/0, 20/0 проб продуктов, внезапно обследованы – 16 работников, результаты отрицательные.

Выявлены следующие нарушения: отсутствует термометр в холодильниках, недостаточно поддонов, не соблюдается товарное соседство при хранении и реализации продуктов питания, не пройдены медицинские осмотры, отсутствуют документы на продукцию птицепрома. Забраковано и уничтожено 10,5 кг пищевой продукции (яйца, окорочка), в т.ч. в магазинах 6 1) ИП Кошкина Г.К. – яйца 1 категории ТОО «Семей кус» - без документов – 4,500 кг; 2) магазин «Коксу» - окорочка – 3 кг., яйца – 3 кг., производства ТОО «Семей кус» - без документов.

За выявленные нарушения, не соответствующие требованиям санитарных правил, выдано предписание - 2, административных материалов – 10.

6. В связи со сложившейся неустойчивой эпидемиологической ситуацией по сальмонеллезу в г. Семей «О проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» на соответствие Санитарных правил от 3 августа 2010 года № 588 «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам по переработке и производству пищевой продукции» и о безопасности продукции птицепрома, выпускаемой ТОО «Семей кус» и ТОО «Прииртышской бройлерной птицефабрикой», проведено совещание 21.04.2011г. в УГСЭН по г. Семей ДКГСЭН МЗ РК ВКО, в присутствии заместителя главного госветсанврача г. Семей Мырзекенова С., заместителя директора КГКП «МСХ РК РВЛ ОВЛ по г. Семей» Кедельбаева Б.М., и.о. главного ветеринарного врача ТОО «Семей кус» Дарибаева Н.К., начальника ТВКО ТОО «Семей кус» Бурлакова В.А., Главного ветеринарного врача ТОО «Прииртышской бройлерной птицефабрики» Джамановой Б.Т., и.о. заведующей бак. Лабораторией РКП ВКО ЦСЭЭ г. Семей Коломеев О.Б.

7. Написаны 2 письма на имя ветеринарного инспектора Ракишева Ж.Б.

8. Организовано проведение профилактического фагирования работников предприятий по производству и переработке продукции животноводства. Всего фагировано – 453 человека.

9. Всего обследованы по ГУ «УГСЭН г. Семей» ДК ГСЭН МЗ РК по ВКО лабораторно смывы на сальмонеллез и патогенную микрофлору – 5941/5 (Salmonella enteritidis с ТОО «Семей кус»). В том числе смывы с промышленных предприятий – 2327/5, смывы с ДДУ на патогенную микрофлору по эпидемиологическим пока-



занятым – 642/0, очаги смывов на патогенную флору – 2972/0.

10. Всего проб продуктов на патогенную микрофлору ГУ «УГСЭН г. Семей» ДК ГСЭН МЗ РК по ВКО – 2326/5 (*Salmonella enteritidis* с ТОО «Семей кус»), в том числе мясо птицы – 75/5, яйцо – 217/0.

11. Обследовано бактериологически с диагностической целью – 2099/49, всего с профилактической целью – 12201/27 (бактериологические носители), в т.ч. дети из соматических стационаров – 2136/0, мамы при поступлении – 2493/0, больные с другими диагнозами – 2854/27 (больных нет), устраивающиеся на работу и т.д. – 4718/0. На гемокультуру обследовались – 183/0, РПГА с сальмонеллезным диагностикумом – 606/12.

12. Проводится санитарно-просветительная работа по профилактике ОКИ, сальмонеллеза, брюшного тифа и паратифов: лекции – 265, беседы – 4800, тре-

нинги – 25, семинары – 90, конкурсы – 5, месячники, декадни – 1, статьи – 9, телепередачи – 4, радиопередачи – 3, круглые столы – 6, распространение плакатов, буклетов, листовок, брошюр – 312, организация выставок, уголков здоровья – 28, диктантов – 800. [2]

**Вывод:** Постоянная регистрация сальмонеллезной инфекции в г. Семей требует надзора за инфекцией и совершенствования проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.

#### Литература:

1. Табаева А.А., Котова А.Л. Сальмонеллы редких групп. - Алматы. - 2001. - 193с.

2. Приказ МЗ РК № 294 от 29.03.04г. «О мерах по дальнейшему снижению заболеваемости сальмонеллезами в РК».

#### Тұжырым

### СЕМЕЙ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША САЛЬМОНЕЛЛЕЗ КЕЗІНДЕГІ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ МЕН ЭПИДЕМИЯҒА ҚАРСЫ ІС-ШАРАЛАРЫ

Л.Б. Курмангалиева, Г.Д. Довгаль, А.Е. Ислямова

Семей қаласы бойынша сальмонеллезге қарсы алдын алу және эпидемияға қарсы сараптама жүргізілген: ЖЭС және РЭА аурулары; әр түрлі эпидемиологиялық бақылау қызметінің бірігіп жоспарлануы; алдын алу іс-шарасы бойынша қалалық семинар; сальмонеллездің клиникасы мен эпидемиологиясы, эпидемиологиялық ошақтарда бактериологиялық маңызды объектерді санитарлық-эпидемиологиялық бақылау.

#### Summary

### PREVENTIVE AND ANTI-EPIDEMIC MEASURES IN SALMONELLOSIS IN SEMEY

L.B. Kurmangaliyeva, G.D. Dovgal, A.E. Islyamova

The analysis of preventive and anti-epidemic measures in salmonellosis by Semei: OEA and CEA morbidity plans of interaction of various services epidemiological supervision; seminar on the prevention. Clinic and epidemiology of salmonellosis; epidemiological survey centers to bacteriological control swabs, sanitary-epidemiological surveys epidemiology significant objects.

УДК 9-616.34-036.22.001.8

Л.Б. Курмангалиева, Г.Д. Довгаль, А.Е. Ислямова

Государственный медицинский университет города Семей

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО САЛЬМОНЕЛЛЕЗУ ЗА 2011 г. В УСЛОВИЯХ ГОРОДА СЕМЕЙ

#### Аннотация

В статье представлен анализ заболеваемости сальмонеллезом по г. Семей: по месяцам, микроучасткам, по возрастам, контингентам и возбудителям. Выявлены бактерионосители. Установлены: источники инфекции, пути и факторы передачи.

**Ключевые слова:** сальмонеллез, ретроспективный эпидемиологический анализ, эпидемиология, профилактические и противоэпидемические мероприятия.

**Актуальность:** Сальмонеллез – повсеместно распространенная бактериальная инфекция, которая занимает ведущее место в группе кишечных инфекций. В Республике Казахстан на сегодняшний день сальмонеллез остается одной из важных проблем в структуре инфекционной заболеваемости в целом, хотя наблюдается снижение заболеваемости. Ежегодно, в разных областях республики регистрируются вспышки заболеваний сальмонеллезом. Восприимчивость людей почти всеобщая, наиболее поражаемый контингент - дети старшего возраста. [1]

Всего зарегистрировано за 9 месяцев 2010 года – 468 случаев ОКИ, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил – 146,7. Городского населения в

2010 году заболело – 448 человек, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил – 151,7, сельского населения – 20 случаев, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил – 84,3.

За аналогичный период 2011 года зарегистрировано ОКИ – 501 случай, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил – 159,8. Городского населения в 2010 г. заболело 480 человек, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил 165,5, сельского населения – 21 случай, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил 89,4. Наблюдается снижение заболеваемости ОКИ на 8,1%.

За 9 месяцев 2011 года по г. Семей зарегистрировано 49 случаев сальмонеллеза, интенсивный показатель

на 100 тыс. населения составил – 15,3, дети до 14 лет – 15, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил – 21,9.

За аналогичный период 2010 года по г. Семей зарегистрировано 27 случаев сальмонеллеза, интенсивный

показатель на 100 тыс. населения составил – 8,6, дети до 14 лет – 9, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил – 14,6. Отмечается рост заболеваемости на 22 случая.

Таблица.

#### Заболеваемость сальмонеллезом по месяцам

Месяц	2011				2010				рост
	всего	инт. показатель	до 14 лет	инт. показатель	всего	инт. показатель	до 14 лет	инт. показатель	снижен
Январь	5	1,5	1	1,5	3	0,9	1	1,6	+2 сл
Февраль	5	1,5	1	1,5	3	0,9	2	3,2	+2 сл
Март	5	1,5	2	3,0	1	1,2	1	1,5	+4 сл
Апрель	7	2,2	2	3,2	1	0,3	0	0	+6 сл
Май	7	2,2	5	7,3	1	0,3	0	0	+6 сл
Июнь	7	2,2	2	2,9	1	0,3	0,3	0	+6 сл
Июль	8	2,5	2	3,3	4	1,2	1	1,5	+4 сл
Август	4	1,2	0	0	8	2,4	3	5,0	-4 сл
Сентябрь	1	0,3	0	0	5	1,6	1	1,6	-4 сл
За 9 месяцев	49	15,3	15	21,9	27	8,6	9	14,6	+22сл

#### Заболеваемость по микрорайонам:

№1 – 3 (0,7), №3 – 10 (2,2), №4 – 6 (2,1), №5 – 2 (1,8), №6 – 3 (3,2), №8 – 2 (1,0), №9 – 5 (1,5), №10 – 2 (1,8), №11 – 4 (1,6), №12 – 2 (2,0), №15 – 2 (8,8), №17 – 2 (1,8), №18 – 4 (4,0). Село – 2 (0,8).

Интенсивный показатель на 100 тыс. населения на отдельных микрорайонах не превышает контрольного уровня, между ними связи нет. Принимались оперативные управленческие решения по проведению необходимых противозидемических мероприятий для предотвращения групповой заболеваемости сальмонеллезом и вспышек этого заболевания. Очаговость за 9 месяцев 2011 года не зарегистрирована, в 2010 году – 0. Внутрибольничных случаев сальмонеллеза за период 2010-2011 не отмечено.[3]

#### Заболеваемость по возрастам:

В 2011 году: до 1 года – 1 случай, 1 год – 3, 3 года – 4, 4 года – 1, 6 лет – 1, 15-19 лет – 2, 20-29 лет – 17, – 1 случай, 1 год – 3, 3 года – 4, 4 года – 1, 6 лет – 1, 15-19 лет – 2, 20-29 лет – 17, 30-39 лет – 5, 40-49 лет – 5, 50-59 лет – 4, 60 лет и старше – 1 случай.

В 2010 году: 1 год – 3 случая, 3 года – 1, 4 года – 4, 11 лет – 1, 20-29 лет – 8, 30-39 лет – 1, 40-49 лет – 1, 50-59 лет – 4, 60 лет и старше – 4 случая.

Рост заболеваемости сальмонеллезом среди взрослого населения – 2 раза. За 9 месяцев 2011 года среди взрослых зарегистрировано 32 случая, в 2010 году – 18 случаев.

За 9 месяцев 2011 года заболеваемость среди детей в возрасте до 2-х лет составляет 18,3% (9 случаев).

За аналогичный период 2010 года заболеваемость среди детей в возрасте до 2-х лет составляет 11,1% (3 случая), таким образом рост заболеваемости составил 6 случаев.[3]

#### По контингентам:

В 2011 году: неорганизованные дети – 15 случаев, служащие – 6, работник ЖД (кассир) – 1, не работающие – 9, рабочие – 12 (грузчик – 2, водитель – 1, техника – 1, вахтер – 1, другие – 7), студенты колледжа – 2, пенсионер – 2, продавец промышленных товаров – 1, работник промышленных предприятий – 1 случай..

В 2010 году: неорганизованные дети – 7, школьники – 2, в т.ч мини центр СОШ №17 – 1, студент колледжа – 1, служащая – 1, домохозяйка – 2, рабочие – 1, не работающие – 2, пенсионеры – 4, работник школы – 1, работник пищевых предприятий – 1.

Заболеваемость среди неорганизованных детей составляет 30,6%, в 2010 году – 25,9%. Среди рабочих заболеваемость составляет в 2011 году – 24,4%, в 2010г. – 3,7%. Не работающие – 18,3%, в 2010 году – 7,4%. Служащие – в 2011 году – 12,2%. В 2010 году – 3,7%.

#### Заболеваемость по возбудителям:

Salmonella enteritidis – 48 (97,9%); Salmonella typhimurium – 1 (2,1%). За аналогичный период 2010 года: Salmonella enteritidis – 26 (96,3%), Salmonella typhimurium – 1 (3,7%).[2]

**Бактериологические носители сальмонеллеза:** за 9 месяцев 2011 года зарегистрировано 27 случаев сальмонеллеза (Salmonella enteritidis), за аналогичный период 2010 года – 4 случая сальмонеллеза (Salmonella enteritidis – 4 и Salmonella typhimurium – 2). Все носители инфекций за 2010-2011 гг. выявлены диагностической лабораторией ГИБ при бактериологическом обследовании с другим диагнозом.

**Социальное положение:** среднеобеспечены – 33 (67,3%), малообеспечены – 16 (32,6%).

**По степени тяжести:** средней степени тяжести – 49 (100%). Больные госпитализированы в стационар – 49 человек (100%).

**Источники инфекции:** не установлено – 49 (100%).

**Путь передачи:** пищевой – 48 (97,2%), не установлен – 1 (2,8%).

**Факторы передачи:** в 26 случаях (53,06%) – яйца без достаточной термической обработки (7 случаев – яйца, производства ТОО «Семей кус», 3 – ТОО «Казгер кус» Акмолинской области, 7 – яйца без маркировки, производитель – неизвестен, 9 – домашние).

1) 2 шт. пасхальных яиц, угостили на работе, производство и где куплено не знает -1.

2-4) яйцо вареное всмятку – 3. В 2-х случаях яйцо производства ТОО «Семей кус», в одном случае куплено в магазине «Ардагер», в другом случае на рынке «Новостройка» и в одном случае производство яйца не известно, куплено возле рынка «Жансая», с машины – 1.

5-9) яйцо – глазунья – 8, недостаточной термической обработки:

а) яйцо домашнее, куплено в районе центрального рынка;

б-в) яйцо, производства ТОО «Казгер кус», Акмолинской области – 2.

г) употребление яйца в столовой ТОО «Теплоком-мунэнерго»;

д) употребление дома, яйцо куплено в магазине «Ардагер»;

е) яйца-глазунья, без достаточной термической обработки, в количестве 3-х штук, яйца домашние, купили в месте неорганизованной уличной торговли, в районе магазина «Рассвет» на Цементном поселке, хранение яиц без холода в целофановом пакете в автомашине и 2 недели в холодильнике.

ж) яйцо домашнее, куплено в районе центрального рынка;

з) яйцо домашнее, со своего хозяйства.

13-18) употребление сырого яйца -, не мытого:

а) сырое испорченное не мытое яйцо -1.

б) яйцо с печатью, производство не известно, купленное на рынке 343 квартала более 1 месяца назад, хранение (со слов) в холодильнике.

в) домашнее, купленное возле рынка ТОО «Акшын» - 1 и привезли из села Канонерки, Бескарагайского района - 1.

г) сырые домашние яйца, купленные в месте неорганизованной уличной торговли на 343 квартале.

д) употребление сырого яйца. Производство неизвестно, купленное в магазине «Анар».

е) сырые перепелиные яйца, производство неизвестно, куплено у неизвестных лиц, хранение яиц более недели - 1 4

19-21) яйца вареные, купленные у случайных лиц - 3 (домашние - 2, неизвестно - 1).

**Салаты - 4**, в том числе в составе яйца - 2 (ТОО «Семей кус» - 1, домашнее - 1);

1) Салат «Оливье», салат «Сельдь под шубой», домашнего приготовления, хранение салатов в течение 3-х дней в холодильнике, в составе яйцо, производства ТОО «Семей кус» - 1.

2) Салат домашнего приготовления, в составе яйцо домашнее, привезли родственники из с. Песчанка, Бородулихинского района - 1;

3) Корейский салат с фунчозой, на вкус кислый, употребление в гостях - 1.

4) Салат из свежих овощей с майонезом, огурцы со своего огорода.

**Готовые продукты - 13**, в том числе, в составе - яйцо - 2 (ТОО «Семей кус» - 1, не известно - 1), с мясом курицы - 9.

1) Употребление на рабочем месте (грузчик на оптовом рынке «СМОКК») - бифштекс (состав - яйцо «глазунья», производство ТОО «Семей кус», котлеты, рис), куплен по заказу у раздатчицы закуской «Феникс» - 1;

2) Манты с куриным фаршем, без достаточной термической обработки, производство фарша ТОО «ПБПФ», купленный в супермаркете «Акку» -1;

3) Жаренные куриные окорочка, недостаточной термической обработки, производство неизвестно, куплены с рынка «Мереке», на улице у частных лиц на автомашине - 1;

4) Суп макаронный, с куриными бедрышками, производство ТОО «ПБПФ», куплен в киоске, в районе 40 квартала - 1;

5) Суп вермишелевый на курином бульоне, бульон из супового набора, производство Усть-Каменогорской птицефабрики, купленного на рынке «Мереке» на Новостройке, хранение на веранде в течение суток - 1;

6) Суп вермишелевый без мяса, хранение без холода в течение суток - 1;

7) Суп «Окрошка», домашнего приготовления, употребление в гостях, в составе - яйцо, производство яйца не известно - 1;

8) Суп с куриными окорочками, производство окорочков ТОО «ПБПФ», где куплено, не известно - 1;

9) Чебуреки, недостаточной термической обработки, домашнего приготовления, мясо - домашняя баранина и говядина, привезли из с. Кокпекты - 1;

10) Суп вермишелевый, с куриными крылышками, плохо проваренный, мясо - производство ТОО «ПБПФ», приобретено в супермаркете «Адал».

11) Суп вермишелевый, с куриными окорочками, производство Усть-Каменогорской птицефабрики, куплен на рынке Новостройки, хранение в готовом виде в течение дня при комнатной температуре;

12) Суп-лапша с мясом курицы, производство ТОО «Семей кус», без достаточной термической обработки, курица длительного хранения в морозильной камере холодильника. Мясо курицы купили на фабрике «ТОО «Семей кус» в конце мая месяца, в количестве 5 штук;

13) Суп-лапша с мясом курицы, без достаточной термической обработки, мясо курицы домашней привезла родственница из Тарбагатайского района, село Уш-тобе, 19.08.11года.

#### **Молочные - 1.**

1) кефир домашнего приготовления, куплен на рынке «СМОКК» - 1.

#### **Кондитерские - 1.**

1) пирожное «Корзиночка» с белковым кремом, производство ТОО «Комбинат Восток Кондитер» (в составе яйца, производства ТОО «Казгеркус», Акмолинской области, хранение в течение 3-х суток на веранде).

#### **Колбаса - 3.**

1) Колбаса копченая «Венская», производство «Рубиком», место приобретения - неизвестно - 1.

2) Колбаса вареная «Докторская», без термической обработки, купили 09.04.11. в г. Курчатове, в магазине, названия не знают - 1.

3) Употребление в кафе «Агайын»: орама, салат, в составе колбаса копченая.

#### **Фрукты - 3.**

1) Не мытый изюм, угостили знакомые на центральном рынке «Мереке», ел грязными руками - 1;

2) Не мытый виноград, куплен ТД «Акшын» - 1;

3) Не мытый банан и не мытое очищенное яблоко, куплено на рынке «Мереке» в районе Новостройки - 1 (в анамнезе с 28.02.20 11-05.03.2011 г. находился в ДИБ Джамбульской области, село Аса, с диагнозом: ларинготрахеит, средней степени тяжести, передана оперативная информация в г. Тараз ДКГСЭН по Джамбульской области 15.03.11г. и 24.03.2011г. с результатом бактериологических анализов) - 1.

- копченое мясо свинины, куплено на центральном рынке с рук у частного лица - 1,

- рыба жареная, куплена с рук у частного лица в районе ТД «Акшын» - 1.

- не установлено - 1.[3]

**Вывод:** широкое распространение источников сальмонеллезной инфекции, разнообразие факторов передачи диктует поиск адекватных мероприятий для стабилизации заболеваемости и его дальнейшего снижения.

#### **Литература:**

1. Беляков В.Д., Семенов Т.А., Шрага М.Х. Введение в эпидемиологию инфекционных и неинфекционных заболеваний человека. - М.: Медицина, 2001.

2. Черкасский Б.Л. Руководство по общей эпидемиологии. - М.: Медицина, - 2001.

3. Приказ МЗ РК № 294 от 29.03.04г. «о мерах по дальнейшему снижению заболеваемости сальмонеллезами в РК».

#### Тұжырым

### СЕМЕЙ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША 2011 Ж. САЛЬМОНЕЛЛЕЗДЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Л.Б. Курмангалиева, Г.Д. Довгаль, А.Е. Ислямова

Бұл мақалада сальмонеллез ауруының Семей қаласы бойынша сараптама ай, ұсақ бөлімдер, жас көрсеткіштер, контингент пен қоздырғыштар көрсетілген. Бактерия тасымалдаушылар анықталған. Инфекция көзі, таралу жолы мен берілу факторлары көрсетілген.

#### Summary

### EPIDEMIOLOGY OF SALMONELLOSIS IN 2011, IN THE CONDITIONS IN A SEMEY CITY

L.B. Kurmangaliyeva, G.D. Dovgal, A.E. Islyamova

The analysis of the incidence of salmonellosis by Semey: by month, catchment, by age, and the agents of the contingent. Bacilliarriers identified. Installed: the sources of infection, ways and factors of transmission.

УДК 618.14-006-612.017

З.А. Манамбаева, И.М. Иманбаева, А.С. Рымбаева, Л.А. Пак

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра онкологии и визуальной диагностики.

### ТКАНЕВЫЕ ФАКТОРЫ ИММУНИТЕТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТЕЛА МАТКИ

#### Аннотация

В данной работе были изучены местные иммунные нарушения на клиническое течение фибромиомы матки. Полученные результаты выявили сдерживающую роль Th1-типа иммунного ответа в прогрессировании миомы матки.

**Ключевые слова:** Фиброма матки, рак эндометрия, тканевые факторы иммунитета.

**Актуальность:** В последнее время рядом исследователей установлено, что в модуляции пролиферативной активности эндометрия, помимо гормонов, могут играть роль и другие биологически активные соединения, такие как полипептидные факторы роста и цитокины, тесно связанные с иммунной системой. Однако, их участие в индукции клеточного роста при возникновении рака эндометрия на фоне уже существующей миомы матки изучено недостаточно, а имеющиеся сведения противоречивы. Отсутствие единого мнения по данному вопросу, по-видимому, обусловлено тем, что проблема ведения больных при сочетанной патологии матки не подвергалась всестороннему обсуждению.

**Цель исследования:** изучение местных иммунных нарушений на клиническое течение фибромиомы матки.

**Материалы и методы:** с целью изучения роли цитокинов, обуславливающих развитие Th1- (клеточного) либо Th2-типа (гуморального) ответа у пациентов с миомой матки, было проведено клиническое обследование 32 пациенток: 18 женщин, имевших миому матки (основная группа) и 14 – не имевших миомы матки (группа сравнения), которым проводилась диагностическая лапароскопия в связи с трубной формой бесплодия.

**Результаты и обсуждение:** локальный иммунный ответ, изучавшийся на основании особенностей экспрессии цитокинов в перитонеальной жидкости больных миомой матки, показал, что на местном уровне иммунные изменения при опухолевом росте более выражены, чем на системном.

Результаты проведенного исследования показали достоверное повышение уровня IL-10 у пациенток с миомой матки при сопоставлении с группой сравнения ( $p=0,016$ ). При дальнейшей статистической обработке

уровень цитокинов у пациенток с миомой матки был проанализирован в зависимости от клинических вариантов течения заболевания. Были выявлены достоверно повышенные уровни IL-10, GM-CSF, IFN- $\gamma$  и TNF- $\alpha$  у пациенток с длительностью течения заболевания более 5 лет по сравнению с пациентками, у которых миома матки существовала менее 5 лет ( $p<0,05$ ).

Обнаружен повышенный уровень IL-10 у пациенток с растущей опухолью ( $p<0,05$ ), при наличии сопутствующего миоме матки аденомиоза ( $p<0,05$ ) по сравнению с группой контроля. У пациенток с размером матки, соответствовавшим величине менее 8 недель беременности, уровень IFN- $\gamma$  был достоверно выше, чем в группе больных с размером миомы матки более 8 недель ( $p=0,002$ ). Помимо этого, содержание IFN- $\gamma$  в перитонеальной жидкости пациенток с миомой матки обратно коррелировало с размером матки ( $p=0,029$ ).

Результаты исследования показали повышение уровня IL-5 у пациенток с единичными миоматозными узлами (менее 5) в сопоставлении с группой больных, имевших множественные миоматозные узлы (5 и более) и группой контроля ( $p<0,05$ ). Кроме того, интрамуральная и субсерозная локализация узлов также характеризовалась повышенным содержанием IL-5 в перитонеальной жидкости по сравнению с контрольной группой ( $p<0,05$ ). Эозинофильная инфильтрация миометрия, возможно, сопутствующая повышенной продукции IL-5 в перитонеальной жидкости, является протективным фактором применительно к локализации и количеству миоматозных узлов у пациенток с миомой матки.

Полученные результаты выявили сдерживающую роль Th1-типа иммунного ответа в прогрессировании миомы матки. Подтверждением этому является отрицательная корреляция между размером опухоли и содер-

жанием IFN- $\gamma$  в перитонеальной жидкости больных. Кроме того, длительно существующий в миометрии пролиферативный процесс также вызывает активацию иммунной системы преимущественно по Th1 пути, на что указывает увеличение содержания IL-10, GM-CSF, IFN- $\gamma$  и TNF- $\alpha$  в перитонеальной жидкости больных миомой матки. Антигенная нагрузка в виде патологически измененного коллагена миоматозных узлов приводит к стимуляции клеточного звена иммунного ответа – это выражается в возрастании содержания NK-клеток и T-клеток (T-супрессоров и T-киллеров), в активном состоянии продуцирующих IFN- $\gamma$ . Заключение об активации клеточного типа иммунной защиты подтверждается и нашими данными, полученными при исследовании содержания субпопуляций лимфоцитов в периферической крови (системный ответ): отмечено относительное увеличение T-хелперов и NK-клеток при развитии опухоли больших размеров и многоузловых форм миомы матки.

IFN- $\gamma$  играет важную роль в процессах воспроизводства и функционирования экстрацеллюлярного матрикса, в частности, коллагена. Сигнальные пути, подавля-

ющие активность промотора коллагена, активируют IFN- $\gamma$ . Эта закономерность свидетельствует о снижении способности организма к регуляции экспрессии коллагена по мере прогрессирования заболевания. В нашем исследовании отмечена прогностически неблагоприятная ассоциация гиперактивных аллельных вариантов гена коллагеназы MMP-1 с многоузловыми формами миомы матки, быстрым ростом опухоли. Известно, что IFN- $\gamma$  блокирует дифференцировку фибробластов в миофибробласты, вызванную TGF- $\beta$  (трансформирующим фактором роста  $\beta$ ).

**Вывод:** гиперпродукция TGF- $\beta$ , возможно, содержится эндогенно синтезируемым IFN- $\alpha$ , что является фактором, замедляющим развитие заболевания. Очевидно, что недостаточность клеточного звена иммунного ответа является одной из предпосылок быстрого развития миомы матки. Увеличение экспрессии IL-10, отмеченное при растущей миоме, может свидетельствовать о неблагоприятной роли Th2-типа иммунного ответа в развитии опухоли.

#### Тҗырым

### ЖАТЫР ДЕНЕСІНІҢ ОБЫРЫНЫҢ ҚАТЕРСІЗ ІСКІ КЕЗІНДЕГІ ТІНДІК ИММУНИТЕТ ФАКТОРЛАРЫ

З.А. Манамбаева, И.М. Иманбаева, А.С. Рымбаева, Л.А. Пак

*Жергілікті иммунитет бұзылыстарының жатыр денесінің фибромиомасының клиникалық көріністеріне әсері зерттелді.*

#### Summary

### IMMUNITY TISSUE FACTORS IN BENIGN TUMORS OF UTERINE BODY CANCER

Z.A. Manambayeva, I.M. Imanbayeva, A.S. Rymbayeva, L.A. Pak

*Investigation of local immune infringement on clinical fluency of uterine fibromyoma was investigated.*

УДК 616.24-006

З.А. Манамбаева, Б.А. Апсаликов, К.Т. Жабагин, Е.А. Оспанов, К.Ж. Камзин

Государственный медицинский университет города Семей,  
Региональный онкологический диспансер, г.Семей

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЛЕГКИХ И ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДУКТАЛА

#### Аннотация

*В данном исследовании проведена сравнительная оценка эффективности традиционной адьювантной терапии и метода комплиментарной антиоксидантной терапии предукталом рака легкого при проведении лучевой терапии в отношении показателей липопероксидации, антиоксидантной защиты, наблюдающиеся в процессе лучевой терапии больных раком легких II, III клинических стадий.*

**Ключевые слова:** Рак легких, лучевая терапия, комплиментарная терапия.

Нами была осуществлена сравнительная оценка эффективности традиционной адьювантной терапии и метода комплиментарной антиоксидантной терапии предукталом рака легкого при проведении лучевой терапии в отношении показателей липопероксидации, антиоксидантной защиты, наблюдающиеся в процессе лучевой терапии больных раком легких II, III клинических стадий.

Как видно из полученных данных, традиционная терапия практически не оказывает нормализующего воздействия на изученные показатели липопероксидации ни в одной исследованной группе больных. Так, уровень ДК к завершению курса лечения у больных II клинической стадии злокачественного процесса достоверно снизился на 17,0%, при III клинической стадии – на 19,8%. Аналогично,

недостоверным был уровень снижения МДА во II клинической стадии (на 20,2%), а у больных III клинической стадии – более значительным (на 24,2%) и достоверным ( $p < 0,05$ ). Наблюдалось умеренное снижение содержания в крови также конечных продуктов липопероксидации – ШО (на 8,2%, 11,5% и 14,0% в II, III стадиях соответственно). Обращает на себя внимание тот факт, что уровень снижения короткоживущих первичных и вторичных продуктов липопероксидации является большим, чем относительно долгоживущих конечных. Это может свидетельствовать о том, что уменьшение продукции свободных радикалов и, соответственно, генерируемых продуктов липопероксидации связано в первую очередь с прекращением специфической терапии и снижением цитолиза.

Данное заключение находит дополнительное подтверждение в том, что при анализе динамики показателей системы антиоксидантной защиты практически не наблюдалось их улучшения, а при III клинической стадии заболевания отмечалось даже ухудшение. Так, при II клинической стадии опухолевого процесса активность ГПО не имела динамики, СОД – недостоверно снизилась на 9,0%, уровень ТДС – на 5,2%. При III ст. зарегистрировано повышение активности ГПО на 3,7%, снижение – СОД на 3,3% на фоне практического отсутствия динамики ТДС.

Таким образом, у традиционной поддерживающей терапии воздействия на состояние липопероксидации и АОЗ не выявлено.

В данной группе больных комбинированная терапия обеспечила следующее влияние на показатели ПОЛ и АОС: при II клинической стадии – снижение концентрации ДК на 47,9% по отношению к исходному уровню и на 37,2% - к показателям группы сравнения ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,01$ ); МДА – на 42,8% и 28,3% соответственно ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ), ШО – на 30,2% и 23,9% ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$ ). Улучшение показателей

антиоксидантной системы оказалось также довольно значительным (повышение активности ГПО на 5,7% и 6,6% (нд), СОД – на 11,0% к группе сравнения и ТДС – на 7,6% ( $p < 0,05$ ) и 13,5% соответственно).

У пациентов с опухолями III клинической стадии отмечается снижение содержания ДК в крови на 39,0% по отношению к исходному и на 23,9% - к группе сравнения ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ); МДА – на 41,8% и 23,2% ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ), ШО – на 21,7% и 11,5% ( $p < 0,05$ ,  $p > 0,05$ ) соответственно. В отношении показателей системы антиоксидантной защиты наблюдалась следующая динамика: повышение активности ГПО на 14,4% и 10,3% (нд), СОД – на 14,5% и 18,4% (нд), а ТДС – на 50,7% и 52,6% ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$ ) соответственно.

На основании проведенных исследований состояния системы липопероксидации и антиоксидантной защиты получены результаты, позволяющие определить степень нормализующего воздействия примененного метода комбинированной антиоксидантной терапии предукталом при лучевой терапии злокачественных новообразований легких.

#### ТҰЖЫРЫМ

#### ӨКПЕ ІСІГІНЕ СӘУЛЕЛІ ТЕРАПИЯ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ПРЕДУКТАЛДЫ ҚОЛДАНУ

З.А. Манамбаева, Б.А. Апсаликов, К.Т. Жабагин, Е.А. Оспанов, К.Ж. Камзин

Өкпе обырынына шалдыққан нақастардың сәулелік ем мен предуктал қолдану нәтижелерінің салыстырмалы бағалау жүргізілді.

#### Summary

#### RESULTS OF PREDUCTAL USAGE AND RADIOTHERAPY AT LUNG CANCER

Z.A. Manambayeva, B.A. Apsalikov, K.T. Zhabagin, E.A. Ospanov, K.Zh. Kamzin

Estimation of the results of the usage of preductal and radiotherapy was done in patients with lung cancer.

УДК 618.19-006-615.37

З.А. Манамбаева, Б.А. Апсаликов, Е.А. Оспанов, А.Ж. Кажимаев

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра онкологии и визуальной диагностики.  
Региональный онкологический диспансер, г.Семей

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСФОСФОНАТОВ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

#### Аннотация

В данной работе приведен пример применения химио-лучевой терапии и бисфосфонатов при наличии множественных метастазов в кости скелета при РМЖ в частности: золедроновой кислоты, бонифоса, которые являются эффективным комплексом специфических лечебных мероприятий в отношении общего состояния больных и качества жизни при злокачественных новообразованиях у пациентов с множественными костными метастазами.

**Ключевые слова:** Рак молочной железы, метастазы, химио-лучевая терапия, бисфосфонаты.

**Актуальность.** РМЖ - на сегодняшний день самая актуальная проблема среди женских раков. С применением химиопрепаратов таксанового ряда, бисфосфонатов нового класса, в частности Зометы (золедроновая кислота) показатель выживаемости и качество жизни заметно улучшилось. Зомета на сегодняшний день является одним из самых сильнодействующих ингибиторов резорбции костной ткани, опосредуемой остеокластами. Согласно литературным данным золедроновая кислота ингибирует резорбцию кости, не оказывая при этом нежелательного воздействия на формирование,

минерализацию и механические свойства кости, а также непосредственно противоопухолевое действие на клетки миеломы человека и РМЖ, подавляя пролиферацию и индукцию апоптоза. Ингибирует пролиферацию клеток эндотелия человека и оказывает антиангиогенное действие. Обладая антиметаболическим действием, уменьшает проникновение клеток РМЖ через экстрацеллюлярный матрикс. В клинических исследованиях было показано, что действие золедроновой кислоты характеризуется снижением концентрации кальция в

сыворотке крови и уменьшением его выведения с мочой.

Особенностью данного препарата является его слабовыраженные побочные реакции, которые переходящие в отличие от других бисфосфонатов. Эти побочные реакции не требуют специального лечения. Эффективность лечения отмечается при комплексном лечении костных метастазов: ПХТ препаратами таксанового ряда, применении лучевой терапии в сочетании с бисфосфонатами, в частности золедроновой кислоты.

**Случай из практики:** пациентка Л. 1950 г.р. Д-з: Cr glandulae mammae sinistrae St II A (T2N0M0), узловатая форма, внк. Состоит на «Д» учете в РОД с 10.1998г. Операция: РМЭ, двухсторонняя овариэктомия была произведена 25.11.98г. Гистология: инфильтрирующий протоковый рак. Больной был проведен послеоперационный курс лучевой терапии СОД 44гр. с 3-х полей, 6 курсов ПХТ по CMF, гормонотерапия - тамоксифен 20мг - 5 лет. В связи с выраженным болевым синдромом в пояснице и результатов МРТ от 15.06.2010 г. - наличие метастатического поражения крестцового отдела позвоночника в S1,S2, правой боковой массы крестца с распространением в правое крестцово-подвздошное сочленение, в тело правой подвздошной кости, в полость позвоночного канала со сдавлением терминальной нити

конского хвоста. Больная получила курс лучевой терапии на аппарате Teragam после R-симуляции на аппарате Terasix с3-х полей на тазово-крестцовый отдел СОД - 46 гр. в два цикла в сочетании с зометой по 4мг в/в№2. В этот же период было проведено 4 курса по FAC, 2 курса по ТА., зомета по 4мг в/в№6. При проведении рентгенологического контрольного исследования костей таза 24.11.10г. R-данных за поражение крестца и подвздошных костей выявленных на МРТ, R- не выявлены. Через три месяца при компьютерном томографировании отмечалась стабилизация процесса в динамике, в костях таза улучшение КТ - картины.

В настоящее время состояние пациентки удовлетворительное. Продолжает прием бисфосфонатов: зомета 4мг в/в через 21 день, данная терапия будет продолжена до 2 лет, кроме того планируется проведение полихимиотерапии по схеме ТА до 4 курсов.

**Выводы.** Таким образом, при наличии множественных метастазов в кости скелета при РМЖ применение химио-лучевой терапии и бисфосфонатов в частности: золедроновой кислоты, бонефоса, которые являются эффективным комплексом специфических лечебных мероприятий в отношении общего состояния больных и качества жизни при злокачественных новообразованиях у пациентов с множественными костными метастазами.

#### Тўжырым

### СУТ БЕЗІНІЇ ОБЫРЫНЫЇ СУЙЕКТЕРГЕ КОПТЕГЕН МЕТАСТАЗ ЕМДЕУДЕГІ БИСФОСФОНАТ ҚОЛДАНУ ТИМДІЛІГІ

Манамбаева З.А., Апсаликов Б.А., Оспанов Е.А., Кажитаев А.Ж.

Бұл жұмыста сүт безінің сүйек тіндеріне көптеген метастаздарын бисфосфонат терапиясынан әсері туралы жазылған.

#### Summary

### EFFECTIVITY OF BIPHOSPHONATE USAGE IN BONE METASTASIS OF MAMMARY GLAND TUMOR

Z.A. Manambayeva, B.A. Apsalikov, E.A. Ospanov, A.Zh. Kazhitayev

In this work the effectivity of bisphosphonate usage in bone metastasis of mammary gland tumor is shown.

ӘОЖ 618.11-006-612.017-08

З.А. Манамбаева, М.А. Мусульманова, А. Бауржан, К.Б. Оспанова, А.М. Кажитаев

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра онкологии и визуальной диагностики

### НЕКОТОРЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКОВ

#### Аннотация

В данной работе были изучены показатели клеточного звена иммунной системы и содержание иммунорегуляторных цитокинов у больных раком яичников III и IV клинической стадии в процессе полихимиотерапии. Достоверно установлено негативное влияние полихимиотерапии на показатели клеточного звена иммунной системы.

**Ключевые слова:** Рак яичников, клеточное звено иммунитета, специфическая терапия.

**Актуальность.** Воздействие препаратов полихимиотерапии на организм в целом и иммунную систему в частности является негативным. В частности угнетается пролиферация и отчасти – дифференцировка иммунокомпетентных клеток, их метаболическая активность.

**Цель исследования** – изучить показатели клеточного звена иммунной системы и содержание иммунорегуляторных цитокинов у больных раком яичников III и IV клинической стадии в процессе полихимиотерапии.

**Материалы и методы:** обследовано 105 больных раком яичников. Из них 56 пациентов соответствовали III клинической стадии (Т3а-бN0M0), 49 – IV клинической стадии (Т1-3N1M0-1, Т4N0-1M0-1)

**Результаты исследования и обсуждение:** полученные данные свидетельствуют о наличии достоверного негативного влияния полихимиотерапии на показатели клеточного звена иммунной системы.



Абсолютное число лейкоцитов уменьшилось в сравнении с состоянием до начала ПХТ на 23,5% ( $p < 0,05$ ), и различия с контролем в сумме составили 37,3% ( $p < 0,01$ ). Значительно сниженным также оказалось содержание Т-лимфоцитов (CD3+ клеток), причём относительно исходного уровня его степень была большей, чем в сравнении с контролем (на 37,3% и 31,7%,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$  соответственно). Как и в предыдущей группе, относительное число Т-лимфоцитов в структуре общих не изменялось.

Степень снижения содержания Т-хелперов (CD3+CD4+ клеток) в сравнении с исходным составила 32,6%, с группой здоровых лиц – 28,1% ( $p < 0,05$  в обоих случаях). Процентное число клеток данного кластера дифференцировки практически не изменялось. Напротив, в отношении содержания CD3+CD8+ клеток не было выявлено изменений абсолютного числа, относительное содержание данных клеток возросло на 45,5% и достоверно превысило контрольный уровень на 39,2% ( $p < 0,05$  в обоих случаях). Относительно умеренным было уменьшение абсолютного содержания натуральных киллеров в периферической крови. Различия по данному показателю со средней величиной в группе здоровых лиц составили 29,4% ( $p < 0,05$ ). В то же время относительный показатель полностью сравнялся с контрольным. Динамика абсолютного содержания Т-киллеров к снижению была более выраженной и составила 25,0% по отношению к исходному уровню (нд) и 45,5% – к контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Дальнейшая динамика к снижению была выявлена в отношении числа CD 19+ клеток, различия с контролем на фоне проведения ПХТ были достоверными и достигли 33,7% ( $p < 0,05$ ). Относительное содержание клеток данного кластера дифференцировки, напротив, возросло и при повторном обследовании не имело достоверных различий с контрольной группой. Имело достоверную динамику к уменьшению абсолютное, но не относительное, число CD 4+CD25+ клеток. По данному показателю различия с контролем достигли 47,6% ( $p < 0,01$ ). Абсолютное количество активированных лимфоцитов (CD95+ клеток) имело только умеренную динамику к снижению и сохраняло достоверное превышение над показателем контрольной группы на 18,7% ( $p < 0,05$ ). Еще более значительные различия были зарегистрированы при повторном обследовании по относительному содержанию клеток данной группы (превышение на 62,0%,  $p < 0,01$ ). В отличие от исходного уровня, при повторном исследовании соотносительных показателей было выявлено достоверное снижение иммунорегуляторного индекса, степень которого достигала 29,4% при сравнении с исходным показателем и 26,3% - с группой здоровых лиц ( $p < 0,05$  в обоих случаях). Индекс активации дополни-

тельно достоверно снизился на 23,1%, и различия с контролем достигли 58,3% ( $p < 0,01$ ). Индекс ИТМЛ имел достоверную тенденцию к росту по отношению к показателю до начала терапии; степень его превышения над контрольным в ходе ПХТ составила 49,1% ( $p < 0,05$ ).

У больных раком яичников IV ст. на фоне проведения полихимиотерапии развитие лейкопении отмечалось примерно в том же числе случаев и в той же степени выраженности, как при раке шейки матки III ст. на фоне СЛТ. Степень снижения абсолютного числа лейкоцитов в сравнении с контролем составила 42,4% ( $p < 0,01$ ). Однако, проведение химиотерапии более негативно отражалось на концентрации в крови лимфоцитов, абсолютное число которых составило только  $(1,29 \pm 0,11) \cdot 10^9/\text{л}$  и было на 38,6% ниже, чем в контроле ( $p < 0,01$ ).

Предельно (до единичных клеток) было снижено в ходе ПХТ содержание Т-киллеров. Различия с контролем составили 72,7% за счёт двукратного снижения относительно исходного значения. Относительное содержание данных клеток также снижалось, хотя и не достоверно.

Весьма невысоким было абсолютное и относительное число В-лимфоцитов в периферической крови, причём в результате резкого его уменьшения в процессе ПХТ различия с контрольной группой достигли 58,3% ( $p < 0,01$ ).

Абсолютное содержание CD4+CD25+ клеток имело тенденцию к снижению, процентное – к росту, однако, при повторном обследовании оба показателя были высокодостоверно ниже, чем в контрольной группе на 61,9% и 38,0% соответственно,  $p < 0,01$  в обоих случаях.

Величина иммунорегуляторного индекса имела динамику к снижению на фоне ПХТ, которая составила 38,4% ( $p < 0,05$ ), различия с контролем достигли 19,7% в сторону снижения ( $p < 0,05$ ). Втрое, относительно контрольного уровня, была снижена средняя величина индекса активации ( $p < 0,01$ ). Индекс торможения миграции лимфоцитов в ходе ПХТ был повышен на 84,4% ( $p < 0,01$ ) по отношению к контрольной группе за счёт роста в динамике терапии на 55,0% относительно исходного ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, осуществление обоих методов специфической противоопухолевой терапии способствовало усугублению ряда исходно имевшихся нарушений со стороны клеточного звена иммунной системы у больных злокачественными новообразованиями женских репродуктивных органов. Кроме того, была выявлена динамика к изменению направленности ряда иммунологических показателей, в частности – к снижению численных параметров хелперного звена Т-системы.

#### Тұжырым

### ОВАРИАЛДЫҚ ОБЫР СПЕЦИФИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯ КЕЗІНДЕ ИММУНИТЕТ ЖҮЙЕСІНДЕГІ КЕЙБІР ӨЗГЕРІСТЕР З.А. Манамбаева, М.А. Мусульманова, А. Бауржан, К.Б. Оспанова, А.М. Кажитаяев

Иммундық жүйесінің жасушалық кезеңіндегі өзгерістер мен иммундық бақылау цитокиндер мөлшері овариалдық обырының 3-ші және 4-ші кезеңдеріне шалдыққан науқастар мәліметтері зерттелді.

#### Summary

### SOME CHANGES OF IMMUNE SYSTEM IN SPECIFIC THERAPY OF OVARIAN CANCER

Z.A. Manambayeva, M.A. Musulmanova, A. Baurzhan, K.B. Ospanova, A.M. Kazhitayev

Investigation of cellular part in immune system and content of immunoregulator cytokines in patients with ovarian cancer 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> stages.

УДК 618.146-006-08

З.А. Манамбаева, Н.Ю. Карнакова, М.Ж. Байжуманов, Л.А. Пак, А.С. Рымбаева

Государственный медицинский университет города Семей,  
Региональный онкологический диспансер, г.Семей,  
Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева, г. Астана

## ГЕМОКОАГУЛЯЦИОННЫЕ СДВИГИ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ И СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ

### Аннотация

Системная энзимотерапия направлена на повышение эффективности лучевой терапии. Во всех случаях при применении СЭТ на фоне лучевой терапии в составе комплексного лечения, как в середине курса, так и при его завершении наблюдалась тенденция к нормализации показателей системы гемостаза у больных раком шейки матки II клинической стадии.

**Ключевые слова:** Системная энзимотерапия, лучевая терапия, рак шейки матки, показателей системы гемостаза.

**Актуальность:** используемые методы противоопухолевой терапии не всегда достигают желаемого результата, часто это вызвано осложнениями, возникающими в организме при наличии злокачественного процесса, одним из таких осложнений является снижение реологических свойств крови, приводящее к развитию рецидивов и метастазов, следовательно, необходим поиск мероприятий, направленных на синергичное действие со специальными методами противоопухолевой терапии [1]. Из многочисленных средств направленных на повышение эффективности лучевой терапии перспективной представляется системная энзимотерапия [2, 3].

**Цель исследования:** изучение влияния флогензима на сосудисто-тромбоцитарное звено гемостазиологической системы при лучевой терапии рака шейки матки.

**Материалы и методы исследования:** нами проведено сравнительное исследование гемостазиологических показателей у 46 больных раком шейки матки, получающих лучевую терапию в сочетании с флогензимом в радиологическом отделении Регионального онкологического диспансера г.Семей в зависимости от клинической стадии. В ходе выполнения настоящего исследования были определены показатели АДФ-индуцированной и адреналин-индуцированной агрегации тромбоцитов, фактор Виллебранда. Анализ исследованных показателей агрегации тромбоцитов был осуществлен с использованием двух методов стимуляции агрегации – с помощью АДФ и адреналина. Препарат системной энзимотерапии флогензим назначался в дозе 3 таблетки 3 раза в день на срок до 1 месяца при проведении лучевой терапии с повторением курса через 2 месяца.

**Результаты исследования:** Во всех случаях при применении СЭТ на фоне лучевой терапии, как в середине курса, так и при его завершении наблюдалась тенденция к нормализации исследованных гемостазиологических показателей. Так, в середине курса достоверные различия с группой сравнения наблюдались по уровню СИАТ в тесте с АДФ-индуцированной агрегацией (на 18,5%,  $p<0,05$ ) и в особенности – по величине ИДТ (на 72,2%,  $p<0,01$ ). Изменения последнего показателя отражают известное свойство системных энзимов потенцировать дезагрегацию за счёт лизиса протеиновых субстанций блокирующих её при формировании стойкого тромбоцитарного тромба.

На момент завершения курса достоверные различия были выявлены по величине ИАТ (на 18,7%), СИАТ (на 18,9%,  $p<0,05$  в обоих случаях). Скорость агрегации, хотя и не имела достоверных различий с группой сравнения, не имела их также и с контролем. Величина по-

казателя ИДТ увеличивалась по отношению к имевшейся в середине курса, а степень превышения над показателем группы сравнения достигла 117,5% ( $p<0,01$ ).

По показателям адреналин-индуцированной агрегации также наблюдалась значительно меньшая степень отклонений от показателей контрольной группы при проведении лучевой терапии в сочетании с СЭТ. Так, практически не имел различий с контролем уровень ИАТ, как в середине курса, так и при его завершении. При этом, во второй срок обследования были выявлены достоверные различия с группой лучевой терапии (на 27,7%,  $p<0,05$ ). Напротив, величины показателя СИАТ при проведении СЭТ были хотя и ниже, чем при лучевой терапии, однако, имели достоверные различия только с контролем, но не с группой сравнения. Не наблюдалось существенных особенностей, связанных с проводимой терапией, и по уровню СА. Отмечалась практически полная нормализация средней величины ИДТ, превышение над группой сравнения по которой составило в середине курса лучевой терапии 54,7%, а при его завершении – 84,5% ( $p<0,05$  в обоих случаях). Содержание в крови ФВ на фоне применения препарата СЭТ снижалось. Различия с показателем группы сравнения в середине группы были недостоверные, однако, по его завершении достигли 18,6% ( $p<0,05$ ).

Таким образом, анализируя в целом полученные данные, следует прийти к выводу о наличии выраженного нормализующего влияния применения препарата СЭТ в составе комплексного лечения на показатели системы гемостаза у больных раком шейки матки II клинической стадии.

В группе больных раком шейки матки III ст. различия по показателю ИАТ при АДФ-индуцированной агрегации наблюдались также только на момент завершения курса, когда составили 19,5% ( $p<0,05$ ). Напротив, по уровню СИАТ достоверное снижение отмечалось также и в середине курса лучевой терапии (на 19,0%,  $p<0,05$ ). Степень различий с группой сравнения не изменилась и в срок завершения курса, когда составила 18,7% ( $p<0,05$ ).

В всех случаях по средней величине СА достоверных различий не наблюдалось. При АДФ-индуцированной агрегации у больных с III клин. Стадией рака шейки матки наблюдалось более умеренное относительное увеличение среднего уровня ИДТ по сравнению со II клин. Стадией. Его степень составила 37,4%,  $p<0,05$ . На момент завершения курса различия по данному показателю с уровнем, наблюдающемся при лучевой терапии, достигли 121,6% ( $p<0,01$ ).

Анализ показателей адреналин-индуцированной агрегации свидетельствует о наличии тех же тенденций,

что и при использовании в качестве индуктора агрегации АДФ. Достоверной различия в сторону снижения ИАТ были выявлены при завершении курса лучевой терапии (на 24,3%,  $p < 0,05$ ). Существенных различий по величине СИАТ и СА в сроки обследования не наблюдалось.

Степень превышения ИДТ при проведении на фоне лучевой терапии курса СЭТ в середине специфической противоопухолевой терапии составили 63,5% ( $p < 0,01$ ), при завершении курса 86,9% ( $p < 0,05$ ).

Имелись только тенденции к снижению содержания в крови обследованных больных фактора Виллебранда, более выраженную – при завершении курса лечения.

**Выводы.** Таким образом, как при проведении СЭТ на фоне лучевой терапии у больных раком шейки матки II ст., так и при III ст. имелись однонаправленные изменения исследованных показателей сосудисто-

тромбоцитарного гемостаза, заключающемся в уменьшении выраженности гиперактивации агрегации тромбоцитов и особенно – в увеличении дезагрегации. Ограничивалась также степень превышения содержания в крови маркера повреждения сосудистого эндотелия.

#### **Литература:**

1. Винник Ю.О., Ислямова Г.С. Результаты применения предоперационной хемолучевой терапии в комплексном лечении больных раком шейки матки // Российский онкологический журнал. – 2006. – № 4. – С. 53.
2. Levine M., Rickles F., Kakkar A. K. Thrombosis in cancer patients // Clin. Oncology. – 2007. – P. 279-272.
3. Кулаков В.И., Сидельникова В.М., Репина М.А. // Системная энзимотерапия в акушерстве и гинекологии, М., 2004. – 146 с.

#### **Тұжырым**

### **ЖАТЫР МОЙНЫ ОБЫРЫ МЕН ЖҮЙЕЛІК ЭНЗИМОПАТИЯ СӘУЛЕЛІК ЕМДЕУ БАРЫСЫНДАҒЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИЯ ӨЗГЕРІСТЕРІ**

**З.А. Манамбаева, Н.Ю. Карнакова, М.Ж. Байжуманов, Л.А. Пак, А.С. Рымбаева**

*Жатыр мойны обыры ның сәулелік ем кезінде тамыр-тромбоцитарлық кезеңіне флогензим қолдану әсері зерттелген.*

#### **Summary**

### **HEMOCOAGULATION CHANGES IN RADIOTHERAPY OF UTERINE CERVIX CANCER AND SYSTEMIC ENZYMOPTHY**

**Z.A. Manambayeva, N.Yu. Karnakova, M.Zh. Bayzhumanov, L.A. Pak, A.S. Rymbayeva**

*Influence of Flogenzim on vascular-trombocytar part of hemocoagulation system in radiotherapy of uterine cervix cancer was investigated.*

**УДК 616.89-008.1-614.876(574.41)**

**Молдагалиев Т.М., Оспанова Н.Н.**

**Государственный медицинский университет города Семей**

### **ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ, ПОДВЕРГШЕГОСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПЫТАНИЙ ЯДЕРНОГО ОРУЖИЯ НА СЕМИПАЛАТИНСКОМ ПОЛИГОНЕ**

#### **Аннотация**

*Патопсихологический анализ и объективизация психических нарушений среди населения Казахстана, подвергавшегося радиационному воздействию, в результате деятельности Семипалатинского ядерного полигона, проведены на группе потомков, рожденных от облученных родителей (доза облучения 200 и более мЗв). Для сравнения результатов анализа основных изучаемых показателей обследованы лица репрезентативной контрольной группы (не подвергавшиеся радиационному воздействию). Установлено, что в основной группе с психическими нарушениями число лиц с низким уровнем когнитивных возможностей достоверно превышало таковое контрольной группы ( $p < 0,05$ ); зарегистрировано достоверно большее число лиц с высоким уровнем личностной тревожности (48%; 16% соответственно.  $p < 0,01$ ); в основной группе так же зарегистрировано большее число лиц по шкале - невротичность, спонтанная агрессивность, застенчивость, маскулинизм-феминизм ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,05$  соответственно).*

**Ключевые слова:** население, облучение, дозы облучения, потомки, рожденные от облученных родителей, психические нарушения, когнитивные функции, тревожность, пограничные психические расстройства, невротичность, спонтанная агрессивность, застенчивость, маскулинизм-феминизм

Испытания ядерного оружия на Семипалатинском полигоне вовлекли в орбиту радиологической катастрофы сотни тысяч человек из числа населения Казахстана и Алтайского края России [1-3]. Долговременный характер катастрофы изначально определял формирование острых, ранних и отдаленных медико-демографических последствий среди декретированного населения [4-6].

**Актуальность.** В настоящее время, в кругу существующих проблем по ликвидации последствий испыта-

ний, особую озабоченность вызывает верификация групп радиационного риска, представленными потомками, рожденными от облученных родителей. По данным НИИ радиационной медицины и экологии по состоянию на 2011 г. только на территориях Восточно-Казахстанской области проживает около 250 тыс. потомков II и III поколения лиц, подвергавшихся прямому облучению, что составляет 70% от общей численности групп радиационного риска [7,8].

По данным различных авторов в 28-40% случаев радиационные факторы субъективного дистресса вызывают нарушения психической адаптации и формируют пограничные психические расстройства. Особое внимание в анализируемых литературных источниках нами обращено на тот факт, что средний возраст лиц с пограничными психическими нарушениями составляет  $34,7 \pm 5,2$  лет, что в обсуждаемой радиационной ситуации территорий, прилегающих к полигону, в полной мере, соответствует возрастному распределению потомков во II поколении, рожденных от облученных родителей.

**Цель исследования.** Группы радиационного риска, представленными лицами, непосредственно подвергшимися облучению в дозе 200 и более мЗв и их потомками во II поколении.

Предметом исследования послужила распространенность пограничных психических расстройств, их мониторинг, патопсихологическая объективизация, профилактика и реабилитация среди потомков во II поколении, рожденных от облученных родителей.

Основой выборки стали территории проживания населения Абайского, Бескарагайского, Жарминского районов Восточно-Казахстанской области.

Критерии отбора – проживание на территориях загрязнявшихся радиоактивными осадками в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне. При этом выделены группы, непосредственно подвергавшиеся облучению в дозе превышающей 200 мЗв, сформированные в период с 1949 г. по 1962 г. их потомки во II поколении.

Основой выборки численного состава групп исследования послужил анализ ежегодного распределения лиц при скрининговых обследованиях населения изучаемых районов, вошедших в базу данных Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения Казахстана, подвергшегося действию ионизирующего излучения в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском ядерном полигоне.

**Материалы и методы.** По данным архива научно-исследовательского института радиационной медицины и экологии в период с 2007 по 2011 год были выбраны первичные медицинские документы, в которых содержалась информация об установленных диагнозах лиц, вошедших в разработку по эпидемиологостатистическому анализу динамики заболеваемости лиц основной и контрольной групп.

Общий объем выборки для эпидемиологостатистического анализа распространенности заболеваний, за период с 2007-2011 гг., составил - 2 360 чело-

век, из них 1 350 мужчин и женщин основной группы и 1 010 человек контрольной.

Одновременно из анализированного массива медицинских документов для клинико-патопсихологического анализа по каждому году были отобраны медицинские карты лиц, у которых органная патология не выявлена, но имелись свидетельства о наличии различных функциональных нарушений. Всего по основной группе выбрано - 160 человек, по контрольной – 108 человек.

Для оценки когнитивные особенностей лиц основной и контрольной группы мы использовали такие методики, как «Непроизвольная память», «Исключение понятий», «Простые аналогии»[9].

Методика «Самооценка депрессии»

**Результаты исследования.** Во время проведения скрининговых обследований экспонированного радиацией населения и их потомков было проведено анкетирования лиц основной и контрольной группы, включающее жалобы на момент обследования и социальные условия проживания.

Обследуемые предъявляли различные виды жалоб, основными из них являлись: быстрая слабость, утомляемость у 62,4% основной группы ( в контроле 43,8%,  $p < 0,05$ ) и аллергические реакции - у 51,4% этой же группы (в контроле 38,3%,  $p < 0,05$ ).

Среди лиц этих групп тревогу вызывали: экологическая обстановка, повышенный радиационный фон - 71,6 % респондентов основной группы, в контрольной группе – 56,1% ( $p < 0,05$ ).

На вопрос о влиянии на здоровье, проживания на территориях, прилегающих к СЯП, положительно ответили в основной группе – 70,8% респондентов, в контрольной группе 55,2% ( $p < 0,05$ ). Эти данные свидетельствовали о наличии у населения основной группы психозеологического стресса, отличительной чертой которого является опасение за состояние собственного здоровья.

*Исследование когнитивных процессов в группах исследования.*

Верификация психических нарушений с помощью патопсихологической анализа в исследуемых группах проведена по оценке: когнитивных процессов, эмоциональных состояний, личностных характеристик.

При обработке результатов проведения методики «непроизвольной памяти», в основной и контрольной группах не было получено достоверных различий по числу с различными градациями «непроизвольной памяти». В среднем 12,1% респондентов имели высокий уровень; 19,6% - средний уровень; 28,6% – посредственный уровень; 39,7% – низкий уровень.

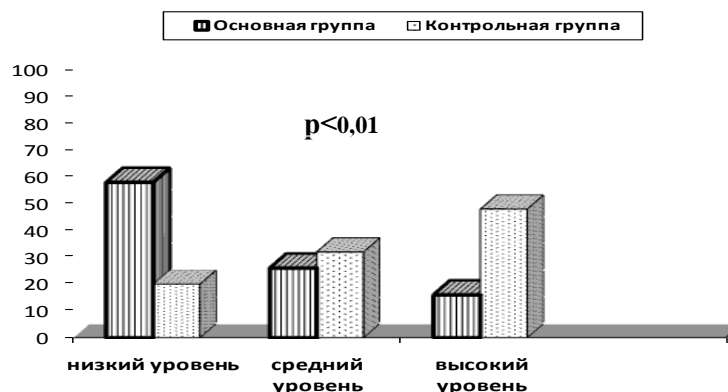


Рисунок 1. Распределение числа лиц с различными уровнями когнитивных способностей по методике «Исключение понятий», (%)

В ходе обработки данных, по используемой методике, было установлено, что процентное соотношение условных определений низких, средних, высоких уровней находилось в равновесном состоянии среди лиц исследуемых групп. В основной группе с низким уровнем ответов было - 8,2%, со средним – 15,9%, с высоким – 75,6%. В контрольной группе низкий уровень ответов – не зарегистрирован, средний уровень – 11,8%, высокий уровень – 87,7%. Представленные результаты демонстрируют достоверно более высокий процент лиц основной группы с низким уровнем запоминания (рис. 1).

Одновременно, при исследовании мыслительных процессов лиц основной и контрольной групп, была использована методика «Простые аналогии» позволяющая установить наличие логических связей и отношений между понятиями.

В результате проведения исследования между основной и контрольной группой не были выявлены значимые различия по числу лиц с различным уровнем мыслительных процессов (таблица 1).

Таблица 1.

**Распределение числа лиц основной и контрольной группы с различными уровнями мыслительных процессов по методике «Простые аналогии» в (условное определение уровней – низкий, средний, высокий), %.**

Методика "Простые аналогии"	Основная группа		Контрольная группа.		φ* - Фишера
	%	φ <sub>1</sub>	%	φ <sub>2</sub>	
0-40% низкий	8	0,574	12	0,71	0,481
41-70% средний	24	1,024	12	0,71	1,110
71-100% высокий	68	1,939	76	2,12	0,640

*Исследование эмоциональной сферы у лиц основной и контрольной групп.*

Для исследования эмоционального состояния лиц основной и контрольной групп была использована методика «Самооценка депрессии».

Оценка результатов исследования выявила достоверное превышение числа лиц контрольной группы с низким уровнем тревожности по сравнению с таковым в основной группе (60%;18% соответственно,  $p < 0,01$ ). В основной группе регистрировалась достоверно большее число лиц с средним уровнем тревожности (34%;24% соответственно,  $p < 0,05$ ) и высоким уровнем (48%;16% соответственно,  $p < 0,01$ )

Полученные результаты, по нашему мнению изначально предполагали вышеуказанное распределение уровней тревожности, так как еще в ходе исследования нами регистрировалась подобная закономерность, основной причиной которой являлась наличие психотравмирующего компонента (проживание на радиационно-загрязненных территориях и факт радиационного облучения родителей).

Среди лиц основной группы общими психологическими чертами являлись: высокая тревожность, связанная с индивидуальными особенностями восприятия радиационного риска, формирующие специфические механизмы психологической защиты, а так же наличием документально зарегистрированной дозой облучения родителей, что являлось дополнительным источником наличия высокой тревожности.

**Обсуждение.** Нам представляется, что подтверждение или отрицание связи опосредованного радиационного воздействия с соматическими и патопсихологическими нарушениями в группах риска, представленных потомками, рожденными от облученных родителей, может проводиться, с одной стороны, по полученным собственным результатам, с другой, данными аналоговых исследований, выполненных различными научными коллективами в схожих радиоэкологических условиях.

В наших случаях эти положения подтверждались и выражались в том, что часть обследованных нами лиц не сомневалось в нарушении их здоровья, связанных с величинами доз облучения, превышающих 200 мЗв и, даже в тех случаях, когда официально дозы были меньшими, но пациенты считали их заниженными.

В этой связи, мы считаем, что результаты исследования позволяют определять основные пути в разработке методов профилактики психических расстройств.

**Литература:**

1. Nadejda Y. Mudiea<sup>1,2</sup>, Anthony J. Swerdlow, a Boris IGusev, Minouk J. Schoemaker, Ludmila M. Pivina, Svetlana Chsherbakova, Almaqul Mansarina, Susanne Bauer, Yuri Jakovlevb, and Kazbek N. Apsalikov. Twinning in the Offspring of Parents with Chronic Radiation Exposure from Nuclear testing in Kazakhstan // Radiation Research Society, P. 829-836, 2010.

2. Apsalikov K., Chaizhunusova N., Galich B., Bilyalova G., Azhmuratova G., Buleuhanova R. The Clinical-epidemiological markers of radiation effects of premature aging // 15th Hiroshima International Symposium, Japan, P.10-11, 2010.

3. Grosche B, Pivina L, Apsalikov K, Mansarina A, Bauer S, Gusev B, Belihina T. Mortality from cardiovascular diseases in the Semipalatinsk historical cohort, 1960-1999, and its relation to radiation exposure. // IV Международная научно-практическая конференция СГМУ «Экология. Радиация. Здоровье.», 28 августа, 2010г, Семей. С 87.

4. Апсаликов К.Н., Гусев Б.И., Пивина Л.М., Галич Б.В., Кошпесова Г.К., Кенжина Л.Б., Байбусинова Ж.Т., Адылканова А.М., Жагипарова Р.М., Ажмуратова Г.К. Значение клинико-эпидемиологической и биологической индикации ионизирующего излучения для радиационной медицины // Матер. Республ. научно-практ. конф. с международным участием «Актуальные проблемы современной теоретической, клинической медицины и медицинского образования», посвященной 50-летию Западно-Казахстанской государственной медицинской академии. М. Оспанова. - 2007. - С.11-16.

5. Bauer S., Grosche B., Gusev B.I., Strelnikov A., Pivina L.M., Kurakina N.N., Sekerbaev A.Kh., Apsalikov K.N. 2001: The Semipalatinsk historical cohort: causes of death in a study group from settlements joining to the Semipalatinsk nuclear test site. Helsinki, May 12-13, 2001. WHO Workshop Proceedings

6. Гусев Б.И., Пивина Л.М., Апсаликов К.Н. и др. Анализ динамики заболеваемости среди населения Восточно-Казахстанской области за период 1990-2000 гг // Вестник НЯЦ РК «Радиоэкология. Охрана окружающей среды» – выпуск 3, сентябрь 2002 г. – С. 164-170

7. Grosche B., Land C., Bauer S., Pivina L.M., Abylkasimova Z.N., Gusev B.I. Fallout from nuclear tests: health effects in Kazakhstan // Radiat Environ Biophys, (2002) DOI 10.1007/s00411-001-0136-1

8. Апсаликов К.Н., Кенжина Л.Б., Адылканова А.М. Генетические аспекты формирования здоровья

подростков, проживающих на территориях, прилегающих к СЯП. // IV Международная научно-практическая конференция «Хроническое радиационное

воздействие: эффекты малых доз» Россия, Челябинск, 9-11 ноября 2010г.

9. Крылов А.А. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии. - Л., 1990. - С. 28-61.

#### Тұжырым

### ПАТОПСИХОЛОГИКАЛЫҚ ТАЛДАУ ЖӘНЕ СЕМЕЙ ПОЛИГОНЫНДА ӨТКІЗІЛГЕН ЯДРОЛЫҚ ҚАРУ СЫНАҚТАРЫНЫҢ НӘТИЖЕСІНДЕ ШЫҒЫС-ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ ХАЛҚЫНЫҢ АРАСЫНДА РАДИАЦИЯЛЫҚ ӘСЕРГЕ ДУШАР БОЛҒАН ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗУШЫЛЫҚТЫҢ ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯСЫ

Т.М. Молдағалиев, Н.Н. Оспанова

Патопсихологиялық талдау және семей полигонында өткізілген ядролық қару сынақтарының нәтижесінде шығыс-қазақстан облысы халқының арасында радиациялық әсерге душар болған психикалық бұзушылықтың себептерінен зардап шеккен әке-шешесінен (сәулелендірудің жағымды 200 және одан астам мЗв) туған жұрағат тобында өткізілді. Негізгі көрсеткіштердің нәтижесін анализін салыстыру үшін репрезентативті бақылау топтың (радиациялық әсерге душар болмаған) талданған. Соның есесінде, негізгі топта психикалық бұзылушылықтары бар адамдар саны когнитивті мүмкіндіктің аласа деңгейімен дәйекті түрде бақылау топтың ішінде көп болып ( $p < 0,05$ ); дәйекті түрде адамдар саны жеке беймазалықтың (48%; 16% сәйкесінше.  $p < 0,01$ ) биік деңгейімен тіркелген; негізгі топта сонымен бірге невротия, спонтанды агрессивтілік, ұялшақтық, маскулинизм-феминизм ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,05$  сәйкесінше) шкалапы бойынша адамдар саны тіркелген.

#### Summary

### THE PATHOPSYCHOLOGICAL ANALYSIS AND OBJECTIFICATION OF MENTAL INFRINGEMENTS AMONG THE EAST KAZAKHSTAN AREA POPULATION, SUFFERED FROM RADIATING INFLUENCE AS A RESULT OF NUCLEAR WEAPON TESTS FOR SEMEY REGION

T.M. Moldagaliyev, N.N. Ospanova

The pathopsychological analysis and objectification of mental infringements was conducted among East Kazakhstan area population, suffered from radiating influence as a result of nuclear weapon tests in Semey Region spent on descendants group born from irradiated parents (a dose of irradiation 200 mSv and more). In order to compare the analysis of basic studied indicators' results survey was conducted on representative control group (not exposed to radiating influence). It was determined that in the basic group with mental infringements the number of persons with low level cognitive possibilities authentically exceeded the results of control group ( $p < 0,05$ ); it is checked in authentically larger number of persons with high level of personal anxious expression (48 %; 16 % relatively.  $p < 0,01$ ); it was registered larger number of persons in the basic group as on neuroticism scale, spontaneous aggression, shyness, masculinism - feminism ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,05$  relatively).

УДК 616.12 – 008. 318 – 615.03

М.Н. Мусин, К.С. Калиекова

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра фармакологии и доказательной медицины

### ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПИРРОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ (краткий обзор литературы)

#### Аннотация

В результате изучения производных пирролов выявлен новый класс соединений 1,2 – замещенных пирролов, обладающих выраженными противоаритмическими и антифибрилляторными свойствами, имеющими преимущества перед эталонными препаратами сравнения и обладающие сочетанным механизмом электрофизиологического действия.

**Ключевые слова:** пиррольные соединения, противоаритмические препараты, нарушение ритма сердца.

Как известно, за редким исключением, все виды нарушений ритма сердца и проводимости являются признаком какого – либо патологического процесса и его успешное лечение, как правило, приводит к устранению аритмии.

Например, наджелудочковые аритмии. Необходимость немедленного антиаритмического вмешательства определяется не самими наджелудочковыми аритмиями, а вызванными нарушениями кровообращения (коллапс, нарастающая сердечная недостаточность, стенокардия). Все противоаритмические препараты являются по своей сути кардиоплегическими препаратами, поэто-

му лечение ими всегда должно быть убедительно обосновано. В самой природе данного вида аритмий заложена не только внезапность возникновения, но и прекращения, поэтому предпочтительной остается выжидательная тактика (психотерапевтическое воздействие, седативные, транквилизаторы) если только конкретные нарушения кровообращения не вынудят к применению лечебных мер. Поэтому, например, у лиц молодого и среднего возраста при отсутствии тяжелого поражения сердечно – сосудистой системы наджелудочковые аритмии (предсердная пароксизмальная тахикардия, реципрокная узловая тахикардия) могут быть прерваны

рефлекторными приемами (стимуляция блуждающего нерва за счет массажа каротидной зоны, искусственно вызванная рвота и т.д.).

Однако существуют такие виды аритмий, что без экстренного вмешательства обойтись нельзя. Например, трепетание предсердий с тахикардией желудочков, которые экстренно купируют синхронизированной кардиоверсией или чрезпищеводной кардиостимуляцией, что позволяет перевести трепетание в фибрилляцию предсердий с последующим восстановлением синусового ритма.

Кроме того, нарушения ритма сердечных сокращений могут быть вызваны различными причинами и могут иметь различные механизмы патогенеза и различные клинические варианты течения. Это создает определенные трудности при выборе препарата для лечения аритмий. Несмотря на значительное количество предложенных для этой цели лекарственных средств, нет препарата, который обладал бы универсальным защитным действием при различных видах нарушений сердечного ритма. Все известные антиаритмические средства имеют значительное количество побочных эффектов (таких как угнетение сократительной функции миокарда, ухудшение коронарного кровообращения, аритмогенное действие и т.д.). И одна из самых актуальных проблем на сегодняшний день, проблема ВКС – внезапной коронарной смерти, которая напрямую связана с ишемической болезнью сердца и аритмиями.

Поэтому поиск новых препаратов, обладающих антиаритмической активностью, до сих пор является одной из главных задач. Необходимо отметить тот факт, что в течение многих лет различными учеными разрабатываются новые вещества, обладающие антиаритмической активностью. Одной из наиболее интересных в этом отношении групп являются производные пирролов и их конденсированных систем, которые обладают не только антиаритмическими и антиангинальными свойствами, но обладают также некоторым антиишемическим действием.

Установлено, что среди производных пирролов и их конденсированных систем существуют вещества с высокой кардиопротекторной активностью, на основе которых можно создавать препараты для использования их в кардиологической клинике. Выделены соединения ПВ-168 и ПВ-174, ПВ-74 обладающие высокой антиаритмической и антиишемической активностью и выгодно отличающиеся от других кардиотропных средств низкой токсичностью и высокой эффективностью. Выявлено, что производные пирролов обладают низкой токсичностью, в различной степени защищают сердце от аритмии, повышают порог электрической фибрилляции желудочков сердца, стабилизируют основные показатели кардиогемодинамики.

Соединение ПВ-74 по своему антиаритмическому действию превосходит эталонные препараты хинидин, верапамил, дилтиазем.

Кроме того, различные производные пирролов обладают гипотензивными, спазмолитическими, антиагрегационными, местноанестезирующими свойствами, а также эффектами дыхательных аналептиков. Наличие этого комплекса свойств стало теоретической основой поиска и целенаправленного синтеза нового ряда соединений, а также позволило предположить, что производные пирролов могут обладать антиаритмическими свойствами.

В связи с этим в лаборатории тонкого органического синтеза НИИ фармакологии РАМН под руководством заведующего лабораторией, кандидата химических наук А.М. Лихошерстова, старшим научным сотрудником

В.П. Пересадой был синтезирован новый оригинальный ряд соединений, представляющих собой 1,2 – замещенные пирролы.

На основе анализа взаимосвязи "структура-действие" и дальнейшего целенаправленного синтеза необходимо изучать противоритмические свойства ряда производных 1,2 – замещенных пирролов, а также фармакологические свойства данного класса химических веществ. Необходимо убедительно обосновать, что производные этого класса соединений обладают оригинальным спектром антиаритмического и антифибрилляторного действия и являются перспективными структурами для поиска новых препаратов с сочетанным механизмом электрофизиологического действия. Кроме того, доказать возможность создания препаратов для предупреждения внезапной сердечной смерти и лечения различных форм нарушения ритма сердца.

Необходимо отметить, что в результате изучения производных пирролов выявлен новый класс соединений 1,2 – замещенных пирролов, обладающих выраженными противоритмическими и антифибрилляторными свойствами (способностью повышать порог фибрилляции желудочков, устранять как желудочковые, так и предсердные нарушения ритма сердца), имеющие преимущества перед эталонными препаратами сравнения (хинидин, лидокаин, верапамил, дилтиазем) и обладающие сочетанным механизмом электрофизиологического действия. Это создает возможность рассматривать их как перспективный класс соединений для изыскания новых антиаритмиков с сочетанным механизмом действия и ставит задачу создания препарата для предупреждения внезапной коронарной смерти и лечения комбинированных форм нарушения ритма сердца.

На основе проведенных исследований выявлен и изучен оригинальный противоритмический препарат – 1 (3-диэтиламинопропил) – 2 (3 оксипропен 1-ил) (ПВ-74), антиаритмическое действие которого связано с влиянием на быстрый входящий натриевый и медленный кальциевые токи мембраны кардиомиоцитов. Сочетание в одном соединений электрофизиологических свойств 1-го и 4-го классов (по классификации Vaughan Williams., 1984) обеспечивает достаточно широкий спектр его антиаритмического и антифибрилляторного действия. Проведено широкое доклиническое изучение нового антиаритмического препарата, исследован спектр и механизм его антиаритмического и антифибрилляторного действия.

Таким образом, сочетание антиаритмической и антифибрилляторной активности может быть потенциально полезным и даст возможность использовать его не только как антиаритмик, но и ставить задачу создания средства для профилактики внезапной коронарной смерти.

#### **Литература:**

1. Насонова Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2011, - 738 с.
2. Кукес В.Г. Клиническая фармакология. М: Медицина, 1991. - 653 с.
3. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепяхин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. // М., Медицина, 1993.
4. Flouvat B. Pharmacokinetique et pathologie. // Med. Intern, 1984. V.16. P. 323-329.
5. Frich D. Arrhythmias and treatment. – N-I, 2000, 786 p.
6. Чазов Е.И. Нарушение ритма и проводимости при ИБС. 1996., 2002., 248 с.



7. Органов Р.Г. Руководство по кардиологии. 1999.  
 8. Каверина Н.В., Бердяев С.Ю., Сенова З.П., Методические подходы к доклиническому изучению новых антиаритмических средств. В кн: Научно-методологические аспекты биологических исследований новых лекарственных препаратов. 1995, с. 127-140.

9. Каверина Н.В., Сколдинов А.П. Новая группа антиаритмических средств (поиск, результаты, концепция). Фармакол., и токсикол., 1990, N 3, с. 26-29.  
 10. Мусин М.Н. Фармакологическое изучение противоритмических свойств нового класса соединений 1,2-замещенных пирролов. Москва 1992, с. 14-44.

#### Тұжырым

### МЕДИЦИНАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ ПИРРОЛДЫҚ ҚОСЫЛЫСТАРДЫ ҚОЛДАНУ МҮМКІНДІГІ

М.Н. Мусин, К.С. Калиева

Пирролдар туындыларын зерттеу нәтижесінде жаңа 1,2 – алмастырылған пирролдар тобының қосылыстары анықталған, олардың айқын аритмияға қарсы және антифибрилляторлы қасиеттері бар, сонымен қатар салыстырмалы эталонды заттардың алдында жоғары артықшылықтары мен аралас электрофизиологиялық әсер механизмдерімен ерекшеленеді.

#### Summary

### ABILITY OF PIRROLE COMPOUNDS USAGE IN MEDICAL

M.N. Musin, K.S. Kaliyeva

As result of studying the pirrole derivatives there was revealed a new class of compound 1,2 – substituted pirroles, which hold pronounced antiarrhythmic and antifibrillator effects having advantage of reference drugs and holding combined mechanism of electrophysiologic action.

УДК 616-082-614.812(574)

Д.С. Мусина, У.С. Самарова

Государственный медицинский университет города Семей,  
 Магистрант кафедры общественного здравоохранения.

### ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ В РАМКАХ ГАРАНТИРОВАННОГО ОБЪЕМА БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

#### Аннотация

Плановая госпитализация это направление пациентов на лечение в условиях стационара врачом через Портал бюро госпитализации. Портал бюро госпитализации защищает права пациентов относительно обеспечения свободного выбора медицинской организации, обеспечивает прозрачность плановой госпитализации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** Плановая госпитализация, бесплатная медицинская помощь, права пациентов.

**Актуальность.** Плановая госпитализация – это направление пациента на лечение в условиях стационара врачом через портал бюро госпитализации. Портал бюро госпитализации защищает права пациентов в части обеспечения свободного выбора медицинской организации, обеспечивает прозрачность плановой госпитализации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

**Цель исследования:** Проведение мониторинга плановой госпитализации на республиканском и региональном уровнях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

**Задачи.** Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи: 1) сбор статистической информации плановой госпитализации за 2010, 2011, 2012 годы; 2) оценить организацию первичной медико-санитарной помощи сравнив результаты плановой госпитализации за 2010-2012 гг.

**Материалы и методы исследования.** Данное исследование проводилось в КГКП «Поликлиника №1» города Павлодар с помощью портала бюро госпитализации. Используемые методы исследования: информационно - аналитический, статистический.

#### Результаты исследований.

Количество пациентов, направленных на госпитализацию в медицинские организации за 2010 год -2140, 2011 год – 3554, 2012 (10 месяцев) – 3087, количество пациентов, госпитализированных в медицинские организации за 2010 год – 1723, 2011 – 3358, 2012 (10мес) – 2924, количество пациентов, снятые с Листа ожидания за 2010 -404, 2011 – 209, 2012 (10мес)- 144.

**Заключение.** С каждым годом количество внештатных ситуаций в амбулаторно-поликлинических учреждениях снижается, но чтобы снизить количество до нуля необходимо выполнять следующие требования: принимать меры по снижению длительных сроков ожидания плановой госпитализации, обеспечить на амбулаторно-поликлиническом уровне своевременное и обоснованное направление пациента. В случае отказа пациентом от первоначального выбора медицинской организации для оказания ВСМП специалист медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, должен предложить пациенту выбор другой медицинской организации, в которой имеются свободные койки или предусматривает возможность более ранней госпитализации.

**Тұжырым**  
**РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ЖӘНЕ АЙМАҚТЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ АҚЫСЫЗ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТИҢ КЕПІЛДІ**  
**КӨЛЕМІНІҢ ШЕГІНДЕ ЖҮРГІЗІЛЕТІН ЖОСПАРЛЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ.**

**Д.С. Мусина, У.С. Самарова**

*Жоспарлы госпитализация емдеуге жатқызу бюросы порталы арқылы жүзеге асырылады. Портал медицина ұйымын өз еркімен таңдау, қолжетімділігі, ТМККК емдеуге жатқызу үдерісінің ашықтығын қамтамасыз ету бөлігінде пациенттердің құқығын қорғауға, сондай-ақ жоспарлы емдеуге жатқызу үдерісі қатысушылары арасында өзара іс-қимылды қамтамасыз ету мақсатына бағытталған.*

**Summary**  
**PLANNED HOSPITALIZATION ON REPUBLICAN AND REGIONAL LEVELS**  
**WITHIN THE FRAMEWORK OF THE ASSURED VOLUME OF MEDICAL CARE**  
**D.S. Mussina, U.S. Samarova**

*Planned hospitalization is the direction of the patient on treatment in the conditions of a hospital by the doctor through a portal of bureau of hospitalization. The portal of bureau of hospitalization protects the rights of patients regarding providing a free choice of the medical organization, provides transparency of planned hospitalization within the guaranteed volume of free medical care.*

**УДК 616-001-614.88**

**А.О. Мысаев<sup>1</sup>, А.С. Мусабеков<sup>2</sup>, А.Н. Разиев<sup>3</sup>, С.М. Аскараров<sup>4</sup>**

**Государственный медицинский университет города Семей,  
 Кафедра хирургии и травматологии<sup>1</sup>, Кафедра общей хирургии<sup>2</sup>,  
 Больница скорой медицинской помощи, г. Семей<sup>3,4</sup>. Травматологический пункт.**

**АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ**  
**В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ (ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)**

**Аннотация**

*В статье представлены предварительные результаты анкетирования пострадавших в ДТП об оказании им первой помощи. Почти в 1/3 случаев первая помощь была оказана водителями и прохожими, только 4% - сотрудниками Дорожной полиции. Неудовлетворенность оказанной помощью выразили 9% респондентов.*

**Ключевые слова:** медицинская помощь, кровотечение.

**Актуальность.** Дорожно-транспортный травматизм за последнее десятилетие стал крупнейшей социальной проблемой. Многие экономически развитые страны переживают настоящую эпидемию автомобильных катастроф, а число их жертв достигло колоссальных цифр [1]. Ежегодно в Европейском регионе в результате ДТП более 120 000 человек погибают и более 2,4 млн. получают травмы. Наиболее остро проблема дорожно-транспортного травматизма стоит в Казахстане, где уровень смертности в результате ДТП наибольший в Европе (30,6 на 100 000 населения) и почти в 2,5 раза превышает среднеевропейский [2].

Как показывает опыт, жизнь пострадавших нередко зависит от того, какая помощь им будет оказана в первые минуты после ДТП. В результате дорожно-транспортного происшествия пострадавшие, как правило, имеют очень короткий период времени, в котором могут получить необходимую неотложную медицинскую помощь, пока не произойдут необратимые изменения в результате шока. Обычно этот период длится не более одного часа, а зачастую меньше [3]. По мнению японских специалистов, если пострадавший находится в состоянии клинической смерти более 3 минут, вероятность того, что жизнь удастся спасти, составляет 75%. При увеличении этого промежутка до 5 минут вероятность уменьшается до 25%, при превышении 10 минут человека спасти не удастся [1].

По данным Московского городского научно-исследовательского института скорой помощи имени

Склифосовского примерно у 17% ДТП причиной смерти были кровотечение, асфиксия (удушьё) и другие состояния, требовавшие немедленной доврачебной медицинской помощи, которая им не была вовремя оказана. Установлено также, что из числа всех, получивших тяжёлые травмы при ДТП, 60% погибает на месте и 8% при эвакуации в лечебные учреждения [1]. Поэтому скорейшее оказание медицинской помощи является ключевым. Однако кто и как оказывает первую помощь, пострадавшему в ДТП в РК, все еще является неизвестным.

**Цель исследования** – изучить, кто и как оказывает первую медицинскую помощь пострадавшим в ДТП.

**Материалы и методы исследования.**

Дизайн нашей работы - поперечное исследование. Для реализации поставленной цели было проведено анкетирование среди пациентов после ДТП в двух основных клиниках г. Семей: Больницы скорой медицинской помощи (БСМП) и Медицинского центра (МЦ) ГМУ г.Семей. Анкетировались пациенты травматологического отделения БСМП, нейрохирургического отделения МЦ ГМУ, детского хирургического отделения МЦ ГМУ, получившие травмы в дорожно-транспортных происшествиях.

**Критерии включения/исключения.** Критерии включения: пациенты обоих полов, любого возраста, с различной степенью тяжести полученных травм в результате ДТП и пролеченных в стационарах г. Семей, участники всех видов транспортных средств (легковой,

грузовой транспорт, мотоциклы, мопеды). Критерии исключения: из опроса были исключены пострадавшие в ДТП, поступающие в указанные отделения из районных больниц, где им была оказана врачебная помощь.

**Анкета.** Нами была разработана специальная анкета, включающая в себя 19 вопросов с различными вариантами ответов, разделенная на 4 блока. Первый блок вопросов направлен на оценку социального портрета пострадавшего, второй блок - для оценки общего состояния и тяжести полученных травм сразу после ДТП, третий блок - для оценки первой медицинской помощи, оказанной пострадавшим, четвертый блок - направлен на выявление удовлетворенности пострадавших первой медицинской помощью. В данной статье мы раскроем третий и четвертый блоки нашей анкеты.

Анкетирование было анонимным. Информация, позволившая впоследствии идентифицировать пострадавшего, в анкете не содержалась. Вначале респондент подписывал информационное согласие, далее заполнял анкету, которая была представлена на русском и казахском языке на выбор, с учетом того, что население в Республике Казахстан в большем проценте случаев использует данные два языка. При анкетировании детей, анкеты заполняли родители. Проверка анкет на

валидность и внутреннюю надежность была предварительно проверена на 12 больных.

Перед проведением исследования анкета прошла экспертизу Локального этического комитета при Государственном медицинском университете г. Семей.

**Статистическая обработка.** Все полученные данные были статистически обработаны в программе SPSS 20.0. Данные представлены в абсолютных цифрах и процентах от общего.

**Результаты и обсуждение.**

Всего было проанкетировано 45 человек, 25 больных травматологического отделения БСМП, 11 нейрохирургического отделения и 9 детского хирургического отделения МЦ ГМУ г.Семей.

Среди опрошенных 32 пострадавших (71,1%) житель г. Семей, 3 (6,7%) жители другого города, двое (4,4%) - районного центра, 8 (17,8%) - села.

Мужчин было 26 (57,8%), женщин - 19 (42,2%). Средний возраст мужчин составил 28,02 ± 16,7 лет, женщин - 37,63 ± 17,9 лет. Общий средний возраст составил 32,08 ± 17,7 лет, с разбросом от 2 до 73 лет.

Какими участниками дорожного движения были опрошенные указано в табл.1.

Таблица 1.

Кем Вы были в аварии?		
Категория	Частота	Процент
Пешеход	17	37,8
Водитель	8	17,8
Пассажир переднего сидения	6	13,3
Пассажир заднего сидения	12	26,7
Мотоциклист, водитель скутера	2	4,4
Итого	45	100,0

Как видно из табл.1, наибольшее число пострадавших были пешеходами и пассажирами заднего сиденья.

На вопрос «Была ли вам оказана первая медицинская помощь немедленно после получения травмы?» 21 (46,7%) респондентов ответили положительно, 24

(53,3%) – отрицательно, из них 12 человек указали, что помощь была оказана в течение 30 минут; 9 человек в течение 1 часа; 3 в течение 2-3 часов с момента ДТП.

Кем оказывалась первая медицинская помощь, представлена в рис. 1.

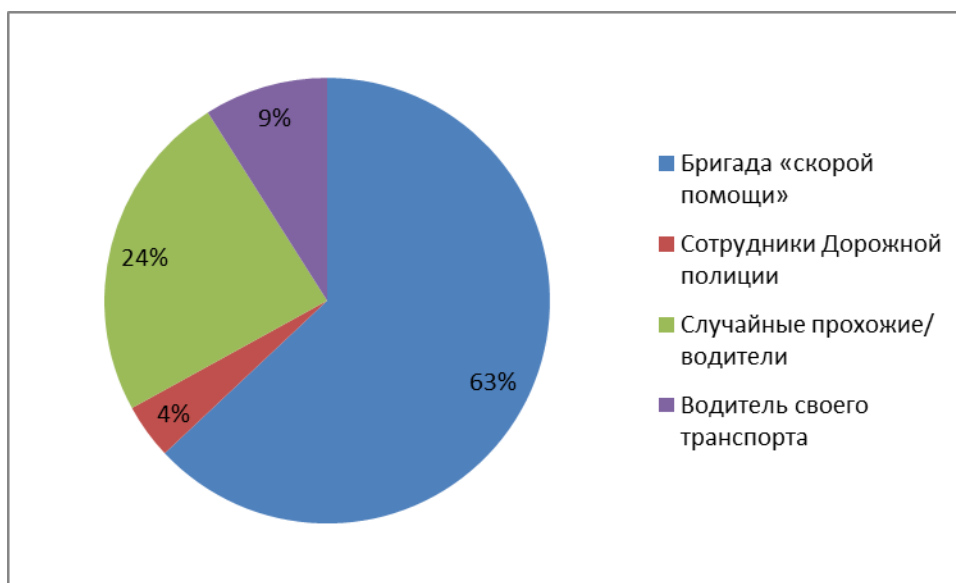


Рис.1. Распределение лиц, оказавших первую помощь пострадавшим в ДТП.

Как видно на рис.1, в большинстве случаев первую медицинскую помощь оказывает бригада «скорой помощи» (63%; n=28); далее случайные прохожие и водители (33%; n=15). Наименьшее количество раз первая

помощь была оказана сотрудниками Дорожной полиции 4% (n=2).

Для того чтобы изучить объем и качество оказанной первой помощи, мы всего выбрали 10 вопросов о первой помощи.

Таблица 2.

**Количество и процент элементов первой помощи, оказанной пострадавшим в ДТП (в общем).**

Элемент первой помощи	Количество пациентов	% от всего
Наложение транспортных шин при переломах костей	15	33,3%
Временная остановка наружного кровотечения (наложение жгута)	3	6,7%
ИВЛ и непрямой массаж сердца	0	0%
Внутривенная инфузионная терапия (капельница)	0	0%
Наложение повязки на рану	3	6,7%
Внутримышечная инъекция обезболивающих средств	21	46,7%
Обработка ссадин «зеленкой», йодом	6	13,3%
Приложили охлаждающий пакет из аптечки к месту травмы	4	8,9%
Ничего из перечисленного	2	4,4%
другое	5	11,1%

Если говорить в общем, то, как видно из таблицы 2, самая частая помощь, которая оказывается при ДТП это введение обезболивающих средств (21; 46,7%) и наложение транспортных шин (15; 33,3%).

Интересен объем первой помощи, оказанной водителями и случайными прохожими пострадавшим в ДТП (табл.3).

Таблица 3.

**Количество и процент элементов первой помощи, оказанной водителями и случайными прохожими пострадавшим в ДТП.**

Элемент первой помощи	Количество пациентов	% от всего
Наложение транспортных шин при переломах костей	4	26,7%
Временная остановка наружного кровотечения (наложение жгута)	2	13,3%
Наложение повязки на рану	1	6,7%
Внутримышечная инъекция обезболивающих средств	6	40%
Обработка ссадин «зеленкой», йодом	1	6,7%
Приложили охлаждающий пакет из аптечки к месту травмы	2	13,3%
Ничего	2	13,3%
Только транспортировка в ближайший госпиталь	3	20%

Как видно из табл.3, из 15 водителей и прохожих, которые оказывали первую помощь, 6 провели внутримышечную инъекцию обезболивающих средств, 4 произвели иммобилизацию перелома кости (одна неправильно), в тоже время 3, не оказав первой помощи, транспортировали в госпиталь.

В большинстве случаев первой помощи не применялась автомобильная аптечка 36 (80%), использовалась она только у 9 (20%) пациентов. Что, возможно, связано с отсутствием или плохим комплектованием автомобильной аптечки. Также это возможно связано с отсутствием навыков пользования аптечкой.

Квалифицированная медицинская помощь больным была оказана в ЦРБ (10; 22,2%), БСМП (22; 48,9%), взрослом травматологическом пункте БСМП (3; 6,7%), детском травматологическом пункте МЦ ГМУ г.Семей (2; 4,4%), детском хирургическом отделении МЦ ГМУ г.Семей (3; 6,7%), нейрохирургическом отделении МЦ ГМУ г.Семей (5; 11,1%).

На вопрос «Удовлетворены ли Вы качеством оказанной Вам первой медицинской помощи?» большинство (66,7%; n=30) ответили «да», 11 пострадавших (24,4%)

ответили «относительно» и только 4 больных (8,9%) не были удовлетворены качеством оказанной помощи, указывая «я пролежала около 25 минут на газоне пока приехала скорая помощь, в скорой я думаю медленно обслуживали меня, еще заправлялись», «водитель не правильно наложили транспортную шину» и др.

**Вывод.** Результаты анкетирования показали существующие проблемы оказания первой помощи пострадавшим в результате ДТП на современном этапе. Необходимо улучшить качество и время оказания помощи бригадами «скорой помощи» и водителями.

**Литература:**

1. В.А. Иларионов, А.И. Куперман, В.М. Мишулин "Правила дорожного движения и основы безопасного управления автомобилем". Москва. "Транспорт". - 1990 г.
2. European status report on road safety: towards safer roads and healthier transport choices // WHO Regional Office for Europe. - Copenhagen, 2009. - p.174.
3. First Aid Manual - 7th Edition, The Authorised Manual of St. John Ambulance, St. Andrew's Ambulance Association and the British Red Cross, Dorling Kindersley.

**Тұжырым****ЖОЛ-КӨЛІК ОҚИҒАСЫНАН ЖАРАҚАТ АЛҒАН НАУҚАСТАРҒА АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТІЛУІНІҢ ТАЛДАУЫ (АРАЛЫҚ НӘТИЖЕЛЕР)**

**А.О. Мысаев, А.С. Мусабеков, А.Н. Разиев, С.М. Аскароев**

Жол-көлік оқиғасынан жарақат алған науқастарға көрсетілген алғашқы көмек зерттеліп (анкеталау), бастапқы нәтижелері мақалада көрсетілді. 1/3 жағдайда алғашқы көмекті жүргізушілер мен жолаушылар көрсеткен, тек 4%- жол полициясы қызметкерлерімен көрсетілген. Респонденттардың 9% көрсетілген көмекке қанағат еместіктерің білдірді.

**Summary****ANALYSIS OF FIRST AID FOR THE VICTIMS OF ROAD TRAFFIC ACCIDENTS (PRELIMINARY RESULTS)**

**A.O. Mysayev, A.S. Musabekov, A.N. Raziev, S.M. Askarov**

The preliminary results of the questionnaire of road accident victims about providing them first aid are reported. Almost in 1/3 cases the first aid was provided by drivers and witnesses, only 4% - the traffic policemen. The 9% of respondents expressed dissatisfaction with assistance provided.

УДК 616-053.2-616-036.22

В.А. Новикова, К.Ж. Койшыбаева, Г.Т. Камашева

Государственный медицинский университет города Семей,

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ

### Аннотация

Целью нашего исследования является изучение распространенности часто болеющих детей в возрасте от 5 до 15 лет из города Семей. Было рассмотрено 2400 человек детского населения, среди которых дети от 5 до 6 лет - 430 (17,9%), от 7 до 11 лет - 1135 (47,3%) и от 12 до 14 лет - 835 (34,8%). В их числе мальчиков - 1183 (49,3%), девочек - 1217 (50,7%). Первичный скрининг-анкетирование и целенаправленный объективный отбор детей позволил выявить 859 детей, отнесенных к группе часто болеющих.

**Ключевые слова:** клиническая картина, детская популяция, часто болеющие дети.

**Актуальность:** Часто болеющие дети (ЧБД) являются наиболее многочисленной группой, подлежащей диспансерному наблюдению у педиатра детской поликлиники. По данным разных авторов, число ЧБД колеблется в детской популяции, составляя от 15% до 75% [Макарова З.С., 2005; Вавилова В.П., Гаращенко Т.И. и соавт., 2003].

**Целью** нашего исследования явилось изучение распространенности ЧБД среди детей г.Семей в возрасте от 5 до 15 лет.

**Материалы и методы исследования:** Для решения поставленной задачи нами использована унифицированная трехэтапная программа эпидемиологического исследования. Всего было обследовано 2400 человек детского населения, среди которых детей от 5 до 6 лет - 430 (17,9%), от 7 до 11 лет - 1135 (47,3%) и 12-14 лет - 835 (34,8%). В их числе мальчики составили 1183 (49,3%), девочки - 1217 (50,7%). Первичный скрининг-анкетирование и целенаправленный объективный отбор детей позволил выявить 859 детей, отнесенных к группе часто болеющих.

Таким образом, истинная распространенность ЧБД в обследованной популяции составила  $357,9 \pm 1,7$  на 1000 детского населения.

**Результаты исследования** показали, что распространенность ЧБД была достоверно выше среди детей в возрастных группах 7-11 лет ( $39,4 \pm 2,3$ ),  $p < 0,05$  и 5-6 лет ( $36,3 \pm 1,5$ ),  $p < 0,01$ , чем среди детей от 12 до 14 лет ( $30,7 \pm 1,6$ ).

### Выводы:

1. Эпидемиология ЧБД среди детей г.Семей составляет  $357,9 \pm 1,7$  на 1000 детского населения.

2. Распространенность ЧБД была достоверно выше среди детей в возрастных группах 7-11 лет и 5-6 лет.

3. Особенности частоты и течения ОРЗ зависят от клинического типа часто болеющих детей: для первого клинического типа характерна высокая кратность ОРЗ,  $J_{03}$  - от 0,67 и выше, выраженная интоксикация и лихорадка, бронхообструктивный синдром, затяжной кашель в периоде реконвалесценции, осложнения в виде бронхитов и пневмонии; для второго клинического типа характерна меньшая кратность острых заболеваний,  $J_{03}$  - от 0,33 до 0,67, затяжное и волнообразное течение, затяжной ринит в периоде реконвалесценции с осложнениями со стороны ЛОР-органов.

### Тұжырым

#### ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ ТАРАЛУ ЖИІЛІГІ МЕН КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

В.А. Новикова, К.Ж. Койшыбаева, Г.Т. Камашева

Ғылыми жұмыстың мақсаты Семей қаласындағы 5 және 15 жастағы оқушылар арасында жиі ауыратын балалардың таралу жиілігін анықтау. Барлығы 2400 бала қаралды, олардың ішінде 5-тен 6 жас - 430 (17,9%), 7-ден 11 жас - 1135 (47,3%) және 12-14 жас - 835 (34,8%) болды. Ұл балалар 1183 (49,3%), қыз балалар - 1217 (50,7%) құрады. Алғашқы скрининг-анкеталау және бағытты іріктеу барысында жиі ауыратын балалар тобына жататын 859 бала анықталды, яғни 1000 балаға шаққанда  $357,9 \pm 1,7$  құрайды.

### Summary

#### PREVALENCE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF FREQUENT ILL CHILDREN OF SEMEY CITY

V.A. Novikova, K.Zh. Koyshybayeva, G.T. Kamasheva

The aim of our investigation is studying prevalence of frequent ill children among children age from 5 to 15 years of Semey city. There were examined 2400 people of child population among whose are children from 5 to 6 years - 430 (17,9%), from 7 to 11 years - 1135 (47,3%) and from 12 to 14 years - 835 (34,8%). The structure composes boys - 1183 (49,3%), girls - 1217 (50,7%). Primary screening - survey and objective selection of children made to reveal 859 children it is mean that it composes  $357,9 \pm 1,7$  on child population.

УДК 618.19-615.37

М.Т. Нургазин, З.А. Манамбаева, Д.Т. Раисов, М.А. Мусульманова, Р.Р. Туктабаева

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра онкологии и визуальной диагностики**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОКОРРЕКЦИИ В СОСТАВЕ  
КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИФFUЗНОЙ МАСТОПАТИИ****Аннотация**

В состав комплексного лечения больных диффузной формой мастопатии, а именно: мастодинон, мастофит гель, прожестожель гель, маммолептин, мамма гель, вобэнзим, поливитаминные комплексы дополнительно включен препарат неовир. Применение неовира обеспечивало положительную динамику исследованных показателей иммунной системы.

**Ключевые слова:** диффузная мастопатия, комплексная терапия, неовир.

**Актуальность.** Несмотря на то, что практика в лечении диффузных мастопатий насчитывает более 100 лет, до сегодняшнего дня еще не создана единая модель патогенетической терапии, позволяющая практически врачу дать рекомендации по выбору рациональных медикаментозных комплексов. Остаются совершенно не ясными вопросы, касающиеся продолжительности терапии, обеспечивающей нормализацию гормоно-метаболических, иммунологических показателей и клинической картины. Вопрос о применении гормональных препаратов также остается спорным.

В то же время лечение должно быть комплексным, длительным, с учетом гормональных, метаболических, иммунологических особенностей больной, сопутствующих заболеваний и выраженности самой мастопатии. Однако, лечение мастопатии гормональными средствами в настоящее время не может быть рекомендовано из-за побочных эффектов применения синтетических гормонов. Разработка и внедрение альтернативных методов лечения при консервативной терапии мастопатии является весьма актуальной.

**Цель исследования.** Применение системной иммунокоррекции при диффузной форме мастопатии, основанной на применении в комплексной терапии (мастодинон, мастофит гель, прожестожель гель, маммолептин, мамма гель, вобэнзим, поливитаминные комплексы) дополнительно препарата неовир.

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено в период 2009-2012 гг. на базе Регионального онкологического диспансера г. Семей, клиники «Андромеда», г. Семей. Исследованы показатели клеточного звена иммунной системы и цитокиновой регуляции. Было обследовано (только на предмет выявления наличия и определения формы мастопатии) 2476 женщин. На втором этапе комплексное клинико-иммунологическое обследование и лечение проведено в группе из 155 женщин с мастопатиями.

**Результаты исследования.** В состав комплексного лечения больных диффузной формой мастопатии, а именно: мастодинон, мастофит гель, прожестожель гель, маммолептин, мамма гель, вобэнзим, поливитаминные комплексы дополнительно включают препарат неовир внутримышечно в разовой дозе 250 мг (1 ампула, 2 мл). Инъекции производят с интервалом в три дня (на 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19 дни).

Осуществляли иммунологический мониторинг (клеточное звено иммунной системы и цитокиновая регуляция).

Неовир использован у 75 больных, проходивших лечение по поводу диффузной мастопатии. В группу сравнения были включены 40 человек. В качестве средства иммунокоррекции у пациенток группы сравнения применялся препарат имунофан.

Были исследованы показатели клеточного звена иммунной системы и цитокиновой регуляции. Отсутствие различий исходного содержания лимфоцитов в крови с контрольной группой и у больных диффузной формой мастопатии обуславливало лишь минимальную динамику исследованных содержаний общих лимфоцитов, CD3+, клеток. В отношении CD4+ лимфоцитов было зарегистрировано достоверное повышение в обеих группах (при применении имунофана – на 23,9% и 21,1% и 24,1% и 20,4% соответственно в группе применения неовира,  $p < 0,05$  во всех случаях).

Содержание в периферической крови CD8+ клеток, напротив, не имело особенностей в группе применения неовира, а на фоне использования имунофана несколько снижалось (до уровня достоверности различий с контролем. Отмечалась практическая нормализация содержания CD20+ клеток в обеих группах, причем за счет достоверных изменений только по уровню показателя в группе применения неовира ( $p < 0,05$ ). Соотношение CD4+/CD8+ в большей степени увеличивалось при применении имунофана.

Различия с исходным уровнем по содержанию IL-2 в крови при схеме иммунокоррекции 1 составили 36,8% ( $p < 0,05$ ), а при схеме 2 – 46,0% ( $p < 0,01$ ). Несколько менее выраженным было снижение концентрации IL-4. Оно составило в среднем 30,7% и 29,2% соответственно ( $p < 0,01$  в обоих случаях).

Как и в группе с узловой формой, не отмечалось достоверной динамики концентрации IL-6 и IL-10.

По уровню ФНО $\alpha$  снижение на фоне применения неовира было более значительным, чем имунофана (44,5% и 36,1% соответственно,  $p < 0,05$  в обоих случаях).

Таким образом, применение неовира обеспечивало положительную динамику исследованных показателей иммунной системы.

Отсутствие различий исходного содержания лимфоцитов в крови с контрольной группой и у больных диффузной формой мастопатии обуславливало лишь минимальную динамику исследованных содержаний общих лимфоцитов, CD3+, клеток. В отношении CD4+ лимфоцитов было зарегистрировано достоверное повышение в обеих группах (при применении имунофана – на 23,9% и 21,1% и 24,1% и 20,4% соответственно в группе применения неовира,  $p < 0,05$  во всех случаях).

Содержание в периферической крови CD8+ клеток, напротив, не имело особенностей в группе применения неовира, а на фоне использования иммунофана несколько снижалось (до уровня достоверности различий с контролем).

Отмечалась практическая нормализация содержания CD20+ клеток в обеих группах, причем за счет достоверных изменений только по уровню показателя в группе применения неовира ( $p < 0,05$ ). Соотношение CD4+/CD8+ в большей степени увеличивалось при применении иммунофана.

Не было выявлено существенных различий между группами обследованных больных по показателям ИТМЛ и РБТЛ, в динамике они имели изменения, направленные к нормализации – по 22,4% по ИМ РТМЛ и 36,8% и 44,3% - по уровню РБТЛ в группах применения иммунофана и неовира соответственно ( $p < 0,05$  во всех случаях).

Так, различия с исходным уровнем по содержанию IL-2 в крови при схеме иммунокоррекции 1 составили 36,8% ( $p < 0,05$ ), а при схеме 2 – 46,0% ( $p < 0,01$ ).

Несколько менее выраженным было снижение концентрации IL-4. Оно составило в среднем 30,7% и 29,2% соответственно ( $p < 0,01$  в обоих случаях).

Как и в группе с узловой формой, не отмечалось достоверной динамики концентрации IL-6 и IL-10. По уровню ФНО $\alpha$  снижение на фоне применения неовира было более значительным, чем иммунофана (44,5% и 36,1% соответственно,  $p < 0,05$  в обоих случаях).

**Обсуждение.** Таким образом, применение неовира обеспечивало положительную динамику исследованных показателей иммунной системы. Клинические результаты также показали эффективность примененного способа.

#### Тұжырым

### ДИФУЗДЫ МАСТОПАТИЯСЫНЫҢ КОМПЛЕКСТІ ТЕРАПИЯ ҚҰРАМЫНДА ҚОЛДАНЫЛҒАН ИММУНДЫҚ ЕМДЕУ ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛЕРІ

**М.Т. Нургазин, З.А. Манамбаева, Д.Т. Раисов, М.А. Мусульманова, Р.Р. Туктабаева**

*Бұл жұмыста комплексті терапия (мастодион, мастофит гель, прожестожель гель, маммолептин, мамма гель, вобэнзим, поливитамины) құрамында жүйелік иммундық емдеу (неовир) қолдану нәтижелері зерттелген.*

#### Summary

### RESULTS OF IMMUNE CORRECTION USAGE IN COMPLEX THERAPY OF DIFFUSE MASTOPATHY

**M.T. Nurgazin, Z.A. Manambayeva, D.T. Raisov, M.A. Musulmanova, R.R. Tuktabayeva**

*In this work the usage of systemic immune correction (neovir) in complex treatment (mastodinon, mastofit gel, progestogel gel, mammoleptin, polyvitamins) was investigated.*

**УДК 614.2-057.874-084**

**С.К. Нуртазина, Ш.Е. Токанова, З.Ж. Абдильдина**

**Государственный медицинский университет города Семей,**

## РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ - ЭТО ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ СТРАНЫ В БУДУЩЕМ

#### Аннотация

*Индекс массы тела у современного школьника является недостаточным для полноценного роста и развития. Более половины школьников 66% имеют дефицит массы, в то время как 8% имеют избыток, что согласуется с результатами других авторов [7]. Нарушение метаболического обмена может привести к серьезным последствиям и развитию заболеваний. Изменить сложившуюся ситуацию можно путем улучшения рациона питания в школе и дома, организации горячего питания в школе, проведения санитарно-просветительной работы в школе о принципах рационального питания и здоровой пищи.*

**Ключевые слова:** индекс массы тела, развитие детей, рациональное питание, дефицит массы тела, ожирение.

Полноценное питание школьников – это обязательный элемент образовательного процесса и базовый фактор, определяющий качество освоения школьных программ, а также основа здоровья подрастающего поколения и необходимое условие для полноценного физического и умственного развития [1].

По данным экспертов ВОЗ, неполноценное питание является самой распространенной причиной иммунной недостаточности.

Питание можно косвенно оценить по индексу массы тела (далее ИМТ). ИМТ — это величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и, тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. Он

важен для определения показаний при необходимости лечения [2].

Социологические исследования и скрининговые обследования детей и подростков показали, что распространенность избыточной массы тела среди населения старше 12 лет в Казахстане составляет 36,9%, из них с ожирением – 7,7%, достаточного употребления фруктов и овощей – 12,3%, физической активности – 13,3% [3].

Несмотря на увеличение расходов с 2005 года, выделенных на организацию питания учащихся из малообеспеченных семей, в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 января 2008 года № 64, она увеличена еще в пять раз. В 2011 году на



организацию питания учащихся было выделено 2,8 млрд. тенге (в 2005 г. – 518,5 млн. тенге) [4], доля охвата бесплатным горячим питанием учащихся в общеобразовательных школах Восточно-Казахстанской области является одной из низких по республике: в 2008 г. – 28,0%, в Алматинской – 24,6%, в Павлодарской области составил – 92,4% от общей численности учащихся [5]. На получение одноразового бесплатного горячего питания имеют право в период обучения в общеобразовательной школе лишь дети из малообеспеченных и многодетных семей, дети-сироты, находящиеся под опекой граждан за счет средств Фонда всеобщего [6].

**Цель исследования:** изучение режима питания и пищевого поведения школьников г. Семей.

**Задачи:**

1. Определить показатель индекса массы тела школьников
2. Проанализировать показатель индекса массы тела школьников

**Методы исследования:** антропометрический, статистический.

**Результаты исследования:**

При изучении состояния здоровья 565 школьников 5-8 классов средних общеобразовательных школ г. Семей были определены данные роста и массы тела школьников. При анализе этих данных обнаружено, что 66% школьников имеют дефицит массы тела (ИМТ=16,1-18,4; n=372), при этом 26,6% из них имеют выраженный дефицит (ИМТ=16 и менее; n=139), 8% - избыток массы тела и 26% имеют нормальный ИМТ.

При изучении индекса массы тела в разрезе гендерного аспекта выяснилось, что 55,6% (n=207) девочек имеют дефицит массы тела, при этом у мальчиков этот показатель составил 44,4% (n=165).

Также отмечается преобладание детей с низким индексом массы тела у учащихся 5 классов – 29,6%, на втором месте учащиеся 7 классов – 26,3%, и на последнем 8 классов – 20,7%.

Если взять в разрезе районов проживания, то отмечается преобладание школьников с низким ИМТ в районах поселка Жоламан (16,9%), поселка Мирного (15,8%), района Железнодорожного вокзала (14,8%),

более относительно благополучная ситуация отмечается в школе района Центральной площади (10,8%).

**Вывод:** Таким образом, индекс массы тела у современного школьника является недостаточным для полноценного роста и развития. Более половины школьников 66% имеют дефицит массы, в то время как 8% имеют избыток, что согласуется с результатами других авторов [7]. Нарушение метаболического обмена может привести к серьезным последствиям и развитию заболеваний. Изменить сложившуюся ситуацию можно путем улучшения рациона питания в школе и дома, организации горячего питания в школе, проведения санитарно-просветительной работы в школе о принципах рационального питания и здоровой пищи.

**Литература:**

1. Айджанов М.М. Доклад: Школьное питание, проблемы и пути ее решения. Семинар для специалистов департаментов ЦЗП ОО «АПМ» Алматы, 13 октября 2011 г.;
2. [http://ru.wikipedia.org/wiki/Индекс\\_массы\\_тела](http://ru.wikipedia.org/wiki/Индекс_массы_тела);
3. Программа РК "Здоровый образ жизни" на 2008 – 2016 годы;
4. Доклад о положении детей в Республике Казахстан 2011 г. - 16 стр.;
5. Дамитов Б.К., Ермеков Н.Т., Можеева О.И., Головатая Г.И., Егимбаева Ж.К., Ногайбаланова С.Ж., Сулейменова Ш.А., Махметова Г.П., Текешева Т.У. Национальный доклад о состоянии и развитии образования в Республике Казахстан. - Астана, 2009, - 43-44 с.
6. «Инструкция о размерах и источниках социальной помощи нуждающимся гражданам в период получения образования», утвержденной Постановлением Правительства РК от 17 мая 2000 года №738;
7. Маркабаева А.М. Семей қаласындағы балалар мен жасөспірімдер арасында артық салмақпен семіздіктің таралу жиілігі // Материалы научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные вопросы развития науки и подготовки научных кадров», г. Семей 22 декабря 2010г, с. 81

**Тұжырым**

**МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ТИІМДІ ТАМАҚТАНУЫ - БОЛАШАҚТА ЕЛДІҢ САУ ҰРПАҒЫ**

**С.К. Нуртазина, Ш.Е. Тоқанова, З.Ж. Абдильдина**

*Қазіргі кездегі мектеп оқушысының дене салмағының индексі толыққанды өсу мен даму үшін жеткіліксіз болып отыр. Мектеп оқушыларының жартысынан көбі (66%) салмақ тапшылығына, ал 8%-ы артық салмақтылыққа ұшырап отыр. Бұл көрсеткіштер өзге де авторлардың зерттеулерінің нәтижелерінде көрініс табады. Метаболизмді алмасудың бұзылуы айтарлықтай жағымсыз салдарларға және ауру-сырқаулардың дамуына әкелуі мүмкін. Осы қалыптасқан жағдайды келесідей шаралардың көмегімен түзетуге болады: мектепте және үйде тамақтану рационын жақсарту, мектепте ыстық тамақпен тамақтандыруды ұйымдастыру, дұрыс тамақтанудың принциптері туралы санитарлық-ағартушылық жұмыстарды мектепте өткізу.*

**Summary**

**THE BALANCED DIET OF SCHOOL STUDENTS IS A HEALTHY GENERATION OF THE COUNTRY IN THE FUTURE**

**S.K. Nurtazina, Sh. E. Tokanova, Abdildina Z. Zh.**

*Nowadays schoolchild has insufficient index mass of a body for adequate upgrowth and development. More than a half of schoolchildren 66% have a deficit of mass of a body, whereas 8% have overweight that is in accordance with other authors. Metabolic disturbance may lead to serious consequences and development of disease. This situation can be changed with the help of improvement of food allowance at school and home, organizing hot meals at schools, conducting community health at schools about the principals of conducting rational nutrition and healthy food.*

УДК 616.342-616.34-002.44-089

Н.Р. Рахметов, В.Г. Лубянский, Е.М. Асылбеков, Н.Б. Омаров

*Государственный медицинский университет города Семей, Республика Казахстан, Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия.*

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

### Аннотация

В данной работе определены преимущества и недостатки лапароскопии, санации и иссечения перфоративной язвы, дуоденопластики и дренирования брюшной полости из мини доступа.

**Ключевые слова:** перфорация, язва двенадцатиперстной кишки, методы лечения, малоинвазивные методы.

**Актуальность:** Перфорация - опасное для жизни осложнение, наблюдающееся в среднем у 5% больных язвенной болезнью [9]. Однако, если больные подвергаются чрезмерному воздействию неблагоприятных факторов и не получают адекватного консервативного лечения, риск перфорации может существенно повышаться [7]. Подавляющее большинство прободений (75-85%) в настоящее время приходится на дуоденальную локализацию язвы [6]. Основная часть больных - лица трудоспособного возраста, отмечается значительное, в среднем 10-кратное, преобладание мужчин [1]. В экономически развитых странах перфоративные язвы встречаются в 7-10 наблюдениях на 100 000 населения в год [2]. По данным международных когортных исследований, летальность за последние 30 лет не имеет тенденции к снижению и при перфорации дуоденальной язвы составляет 5-13%, желудочной - в 2-3 раза выше [3,4]. Рутинной операцией в большинстве клиник является ушивание язвы. Результаты этой нерадикальной операции оставляют желать лучшего. В течение первого года рецидив язвы отмечается у 50-70% больных, к 10 годам из-за развития стеноза, повторной перфорации, массивного кровотечения или сочетания осложнений повторным операциям подвергается 60% больных и более [2, 7].

**Целью исследования:** является улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения прободных язв двенадцатиперстной кишки.

### Задачи исследования:

1. Сравнить используемые методы хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.
2. Проанализировать характер и частоту послеоперационных осложнений.
3. Определить преимущества и недостатки лапароскопии, санации и иссечения перфоративной язвы, дуоденопластики и дренирования брюшной полости из мини доступа.

### Материалы и методы исследования:

Исследование основано на изучении результатов оперативного лечения 80 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, находившихся в клинике госпитальной хирургии за период с 2000 по 2011 годы. Основную массу 74 (91%) составляли люди трудоспособного возраста. Среди общего количество больных мужчин было 77 (95%), женщин 3 (5%). Средний возраст больных от 19-68 лет. У 16 (20%) больных выявлены различные сопутствующие заболевания. Стертая клиническая картина (выраженный болевой синдром, наличие язвенного дефекта по данным ФГДС, отсутствие пневмоперитонеума после ФГДС отмечена у 12 (11,9%) больных. В этих случаях наиболее эффек-

тивным диагностическим методом являлась видеолапароскопия, позволившая с минимальной травматичностью выявить перфоративное отверстие и определить показания к хирургическому лечению.

Выбор хирургической тактики был направлен на одновременное решение следующих задач - ликвидация источника перитонита, радикальное лечение язвенной болезни, малое травматизация. Лапаротомия, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки произвели у 25(30%), лапаротомия, иссечение перфоративной язвы, дуоденопластику и дренирование брюшной полости 30(40%), лапароскопия, санация, иссечение перфоративной язвы, дуоденопластика и дренирование брюшной полости из мини доступа 25(30%).

Применяемый нами способ лапароскопия, санация и иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с дуоденопластикой из мини доступа имеет ряд преимуществ по сравнению с ушиванием язвы: удается тщательно осмотреть заднюю стенку двенадцатиперстной кишки, с целью исключения наличия язвы на задней стенке; устранить стеноз двенадцатиперстной кишки; удалить воспаленный вал вокруг язвы, что создает условия для лучшего заживления раны двенадцатиперстной кишки.

### Выводы:

1. Оценка отдаленных клинических результатов после лапароскопии, иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, дуоденопластика из мини доступа прослежены у 10 больных. Отличный и хорошие результаты получены в 9 (93,3%), удовлетворительные - 1 (6,6%). У всех больных была положительная динамика массы тела, трудоспособность восстановлена через 21-28 дней после операции.
2. Послеоперационные осложнения развились у 8 (10%) больных: нагноение раны - 1 (1,2%), дисфагия - 2 (2,4%), гатростаз - 2(2,4%), острый панкреатит - 3 (4%). Эндоскопический и рентгенологический существенных патологических изменений не выявлено.
3. Учитывая результаты видеолапароскопии, иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с дуоденопластикой из мини доступа позволяет считать, что данная операция является обоснованным методом лечения перфоративной дуоденальной язвы.

### Литература:

1. Борисов А.Е., Федоров А.В., Земляной В.П. и др. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Ст-Петербург, 2000, - 55-69 с.
2. Миронов В.И., Зелов И.А. Хирургическое лечение перфоративныхгастродуоденальных язв. В кн: Хирургия - 2000. Сборник тезисов. М: Мораг - Экспо 2000, - 215-217 с.

3. Петров В.П. Выбор метода лечения неосложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия 2001; 7: 13-16.

4. Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв. Хирургия 2001, 5, - 24-27с.

5. Хаджиев О.Ч., Лупальцев В.И. Лечение прободных гастродуоденальных язв. Хирургия 2001; 5, - 28-30 с.

6. Mulholland M.W. Peptic ulcer disease. Digestive tract surgery. Ed. R.H. Bell et al. Lippincott-Raven 1996 - 183-185 с.

7. Rubin E., Farber J.L. Peptic ulcer disease. Pathology 2 ed. Lippincott Company 1994 - 637-643.

#### Тұжырым

### ҰЛТАБАРДЫҢ ПЕРФОРАТИВТІ ОЙЫҚ ЖАРАСЫН КІШІ ИНВАЗИВТІ ЗНДОХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

**Н.Р. Рахметов, В.Г. Лубянский, Е.М. Асылбеков, Н.Б. Омаров**

Ересек адамдарда асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасының аурушаңдылығы тұрғындардың 3-15% құрайды. Оның 5-15% жараның перфорациясымен асқынады. Әсіресе 34-39 жастағы науқастардың жиі ауыратындығы назар аудартады, себебі әлеуметтік еңбекке жарамдылық қабілетінің қалпына келуінің маңыздылығын негіздейді. Зерттеу 2000 жылдан 2011 жыл аралығындағы госпиталды хирургия клиникасында он екі елі ішектің перфоративті жара диагнозымен жатқан 80 науқастың операциясының нәтижелеріне қарап негізделген. Негізгі құрамын 78 (91%) еңбекке жарамды адамдар құраған. Оның 77 (95%) ер адамдар, 3 (5%) әйел адамдар құрады. Науастарадың орташа жасы 19-68 жас. Лапаротомия, он екі елі ішектің перфорациялық жарасын тігу 25 (30%) науқасқа, лапаротомия, перфорациялық жараны кесіп алу, дуоденопластика және құрсақ қуысын дренаждау 30 (40%), лапароскопия, санация, кіші тілім арқылы перфорациялық жараны кесіп алу, дуоденопластика және құрсақ қуысын дренаждау 25(30%) науқаста жүргізілді.

#### Summary

### MINI-INVASIVE ENDOSURGICAL METHODS OF TREATMENT OF A PERFORATIVE ULCER OF DUODENUM

**N.R. Rakhmetov, V.G. Lubyansky, E.M. Asylbekov, N.B. Omarov**

Perforation - the life-threatening complication which is observing on the average at 5 % of patients with stomach ulcer. However, if patients are exposed to excessive influence of adverse factors and don't receive adequate conservative treatment, the risk of perforation can essentially raise. The vast majority of perforations (75-85 %) is the share now of duodenal localization of an ulcer. Research is based on studying of results of operative treatment of 80 patients with a perforative ulcer of duodenum, being in clinic of hospital surgery from 2000 for 2011. 74 (91 %) was made by people of able-bodied age. Among total of sick men was 77 (95 %), women 3 (5 %). Middle age of patients from 19-68 years. At 16 (20 %) patients are revealed various accompanying diseases. The choice of surgical tactics was directed on the simultaneous solution of the following tasks - elimination of a source of peritonitis, radical treatment of stomach ulcer, a small trauma. The laparotomy, take in of a perforative ulcer of a duodenum made at 25 (30 %), a laparotomy take in of a perforative ulcer, duodenoplastic and a drainage of an abdominal cavity 30 (40 %), a laparoscopy, sanitation, take in of a perforative ulcer, duodenoplastic and a drainage of an abdominal cavity from mini access 25 (30 %).

УДК 37.018.324-37.013.78

**Т.К. Рахымбеков<sup>1</sup>, Н.М. Елисинова<sup>2</sup>, А. Абешова<sup>3</sup>**

**Государственный медицинский университет города Семей**

**Д.м.н., профессор, ректор<sup>1</sup>,**

**Докторант PhD по специальности «Общественное здравоохранение»,<sup>2</sup>**

**Врач-интерн педиатр<sup>3</sup>**

### ПРИЧИНЫ И ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ ДЕТЕЙ В ДОМЕ РЕБЕНКА И ДЕТСКОМ ДОМЕ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА СЕМЕЙ)

#### Аннотация

В статье представлены причины поступления детей в Детские дома и Дома ребенка и период пребывания их там. Авторами выявлена иерархия причин отказа от воспитания детей и их разносторонний анализ.

**Ключевые слова:** Детский дом, здоровье детей, причины отказа от воспитания.

**Актуальность:** Как известно, пребывание детей в интернатных учреждениях отрицательно сказывается на состоянии их здоровья. Так уровень заболеваемости в домах ребенка по данным углубленного медицинского осмотра увеличивается в 2 раза, отмечается нарастающее количество воспитанников с отставанием в физическом и нервно-психическом развитии, происходит рост хронической заболеваемости. [1]. В 2010 году коэффициент детей в учреждениях интернатного типа в Казах-

стане (1593,9 на 100 000 человек в возрасте 0-17 лет) [2] был самым высоким среди стран СНГ.

Сохранение биологической семьи ребенка важно не только в интересах ребенка и его родителей, это также полезно для общества и государства. Затраты на одного ребенка в год в различных формах устройства по подсчетам за 2009г составили: в детских домах - 5.000 USD (долларов США), в детских домах семейного типа - 3.000 USD, в детских деревнях - 4000 USD, в приемных

семьях - 1700 USD, и 400 долларов за пособие по опеке [3].

**Цель исследования:** Выявить основные причины помещения детей в дом ребенка и детский дом, определить длительность их пребывания в нем (на примере детского дома г. Семей).

**Материалы и методы исследования:** Методом поперечного исследования был проведен ретроспективный анализ документации 82 воспитанников детского дома и 74 воспитанников дома ребенка г. Семей (2012г.), с условием информированного согласия и соблюдения правил конфиденциальности. Полученная информация обрабатывалась с помощью статистической программы EpiInfo версии 7.0.9.34 (CDC, Atlanta, GA, USA).

**Результаты и их обсуждение:** Возраст детей детского дома, когда они впервые поступили на воспитание в государственное учреждение, составил от 1 года до 17 лет, средний возраст 7,5 лет, мода – 10 лет. Удельный вес детей, поступивших в младшем и среднем школьном возрасте, преобладает (56,1%).

Возраст детей дома ребенка, когда они впервые поступили на воспитание в государственное учреждение, составил от 4 дней до 4л 3мес., средний возраст 10 мес., мода – 1 мес. В основном в дом ребенка дети поступают в возрасте до 1 года (67,6%).

Период пребывания в доме ребенка на момент исследования для детей составил от 0 до 4 г 5 мес., в среднем – 1г 2мес., мода – 5 мес. Период пребывания в детском доме для детей постарше составил от 1 г до 17 лет, в среднем – 7 лет 4 мес., мода – 8 лет.

Среди причин помещения детей в Дом ребенка на первом месте – лишение родительских прав, далее заявление на временное воспитание в группе «Надежда» сроком 3 месяца, которое подразумевает еженедельное посещение ребенка и возможность продления этой услуги, на третьем месте – подкидывание детей, затем следует - отказ родителей от воспитания ребенка в связи с тяжелой патологией ребенка, далее отказ родителей от воспитания ребенка по другим причинам, чаще всего из-за низкого материального положение, отсутствия супруга (см. таблицу 1).

Таблица 1.

**Причина помещения ребенка в государственное учреждение.**

Причина	Воспитанники Дома ребенка	Воспитанники Детского дома	Общий показатель
Лишение родительских прав	24,3%	61,0%	43,6%
Ограничение в родительских правах	-	1,2%	0,6%
На временном воспитании на срок 3 мес.	24,3%	-	11,5%
Подкидыш	18,9%	7,3%	12,8%
Отказ родителей от воспитания ребенка в связи с тяжелой патологией ребенка	13,5%	-	6,4%
Отказ родителей от воспитания ребенка по другим причинам	12,2%	11%	11,5%
Психические заболевания родителей	2,7%	-	1,3%
Смерть одного или обоих родителей	1,4%	18,3%	10,3%
На время болезни родителей	1,4%	-	0,6%
На время тюремного заключения	1,4%	1,2%	1,3%
<b>Итого</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

В Детском доме иерархию причин помещения на воспитание в государственное учреждение возглавляет также лишение родительских прав, на втором месте - смерть одного или обоих родителей, на третьем - отказ родителей от воспитания ребенка по другим причинам. Отказ по причине тяжелой патологии здесь отсутствует, так как от детей с патологией отказываются в их раннем возрасте, и они помещаются в специализированные учреждения сразу после выпуска из дома ребенка.

**Выводы:** Если учесть, что воспитание вне семьи, даже если оно материально обеспеченное, не способствует гармоничному развитию личности ребенка, можно предполагать какие последствия ждут детей, которые вынуждены проводить там по 8-10, а то и все 17 лет. Среди основных причин помещения детей под опеку государства в детских учреждениях, где проводилось данное исследование, лидирует лишение родительских прав и добровольный отказ родителей от воспитания ребенка. Основные причины лишения родительских прав – это алкоголизм и его пагубные последствия,

которые деморализуют и приводят к деградации личности, что часто выражается пренебрежением и отсутствием заботы о детях, а также и возможностью насилия по отношению к ним. При добровольном отказе от детей основная причина – это тяжелые материально-бытовые условия и отсутствие адекватных возможностей для воспитания и ухода за больными детьми.

**Литературы:**

1. Ибрагимов А.И., Состояние здоровья и пути оптимизации медико-социального обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 2006, с.35
2. Trans MONEE database 2012, [http://www.transmonee.org/index\\_ru.html](http://www.transmonee.org/index_ru.html)
3. «Building and Reforming Child Care systems in Central Asia, Azerbaijan and Turkey» Second Central Asia Child Protection Forum's Report, UNICEF (Bishkek, Kyrgyzstan 12—14 May 2009),p.29;

**ТҰЖЫРЫМ**

**БАЛАЛАРДЫ СӘБИЛЕР ҮЙІ МЕН БАЛАЛАР ҮЙІНЕ БЕРУ СЕБЕПТЕРІ ЖӘНЕ ОҢДА ТӘРБИЕЛЕНУ ҰЗАҚТЫҒЫ**  
**Т.К. Рахымбеков, Н.М. Елисинова, А. Абешова**

Мақалада балаларды балалар үйіне беру себептері мен онда тәрбиелену ұзақтығы туралы ақпарат келтірілген. Сәбилер үйіне беру себептері арасында бірінші орында – ата-ана құқығынан айыру, екінші орында – өтініш негізінде баланы уақытша «Үміт» тобына тапсыру, үшінші орында – тастап кету. Балалар үйіне балаларды беру себептері ішінде де бірінші орында – ата-ана құқығынан айыру, екінші орында – жалғыз не екі бірдей ата-анасынан өлім себебінен айрылу, үшінші орында – же-шешесінің басқа себептермен баладан бас тартуы.

## Summary

## THE REASONS OF PLACING CHILDREN IN THE ORPHANAGE AND THE PERIOD OF STAY THERE

T.K. Rakhypbekov, N.M. Elisinoва, A. Abeshova

The paper presents the reasons of placing children in the orphanage and the period of stay there. Among the reasons of placing children in the orphanage (for 0-3 ages babies) the first place - deprivation of parental rights, then - application for temporary raising in the group "Hope" for the period of 3 months, and the third place - exposing children, then - refusal of parents to raise a child in connection with the severe pathology of the child, then parents' refusal to raise a child for other reasons, often due to poor financial situation, lack of a spouse. At the children's home a hierarchy of causes of giving children to the state institution for upbringing is headed by deprivation of parental rights, the second place - death of one or both parents, and the third place - refusal of parents to raise a child for other reasons.

УДК 347.645.5-37.018.324

Т.К. Рахыпбеков<sup>1</sup>, Н.М. Елисинова<sup>2</sup>, Ю.М. Семенова<sup>3</sup>

Государственный медицинский университет города Семей,

Д.м.н., профессор, ректор<sup>1</sup>Докторант PhD по специальности «Общественное здравоохранение»<sup>2</sup>,Кафедра офтальмологии, ассистент, к.м.н.<sup>3</sup>

### ПРИЗНАКИ СЕМЕЙНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В СЕМЬЯХ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА И ДОМА РЕБЕНКА

## Аннотация

В статье представлены признаки неблагополучия в семьях детей из детских домов и дома ребенка. В биологических семьях этих детей отмечены два - три признака неблагополучия. Наиболее распространенными из них являются: плохое материальное положение, неполные семьи и мать - алкоголичка. Для предотвращения поступления детей в государственные учреждения необходимо улучшить состояние социальных услуг по поддержке семьи, услуг по лечению от алкоголизма и наркомании, пропаганду семейных ценностей в обществе.

**Ключевые слова:** факторы семейного неблагополучия, институционализация,

**Актуальность:** В 2010 году коэффициент детей в учреждениях интернатного типа (на 100 000 человек в возрасте 0-17 лет) в Казахстане составил 1593,9 [1], что является самым высоким среди стран СНГ. Исследования, проведенные ранее, доказывают негативное влияние институционализации (помещение детей в государственное интернатное учреждение) на интеллектуальное, физические, психологическое и социально-

эмоциональное развитие детей [2-5]. Расходы на содержание одного сироты в детском доме, в течение года сопоставимы с затратами на успешное предотвращение почти девяти случаев оставления ребенка [6].

Проблема неблагополучных семей, как видно из таблицы 1, является вопросом, требующим своего решения, не только для Восточно-Казахстанской области, но и для других областей РК.

Таблица 1.

Сравнение доли неблагополучных семей и количества людей, состоящих на диспансерном учете вследствие употребления алкоголя, 2008 год

Регион	Доля неблагополучных семей, %	Количество людей, стоящих на дисп. учете, на 100 тыс. населения	Количество женщин, стоящих на дисп. учете, на 100 тыс. населения
Акмолинская	0,7	1946,9	646,2
Актюбинская	0,6	1147,9	310
Алматинская	0,4	571,2	129,6
Атырауская	0,4	1533	197,9
Восточно-Казахстанская	0,7	2239	532,6
Жамбылская	0,3	839,2	169,4
Западно-Казахстанская	0,2	1800,7	421,7
Карагандинская	1	1567,2	580,2
Костанайская	0,8	1337,3	315,2
Кызылординская	0,3	1992,6	141,2
Мангистауская	0,2	613,1	177
Павлодарская	0,6	2493,9	764
Северо-Казахстанская	0,5	1844	334,6
Южно-Казахстанская	0,1	685	106,9
Алматы	0,5	3669,9	729,7
Астана	0,4	2038,4	608,8
Среднее по республике	0,5	1583,5	376,2

Источник: Статистический сборник "Наркологическая помощь населению РК" 2007-2008 гг. Министерства здравоохранения РК, Данные МВД РК, 2008 [7].

Таким образом, исследование, направленное на выявление признаков семейного неблагополучия в семьях воспитанников детского дома и дома ребенка, является одним из актуальных на пути профилактики социального сиротства, и дает основу для определения основных направлений в социальной поддержке семьи.

**Цель исследования:** Определить наличие признаков семейного неблагополучия в семьях воспитанников детского дома и дома ребенка.

**Материалы и методы исследования:** Методом поперечного исследования был проведен ретроспективный анализ документации 82 воспитанников детского дома и 74 воспитанников дома

ребенка г. Семей (2012г.), с условием информированного согласия и соблюдения правил конфиденциальности. Полученная информация обрабатывалась с помощью статистической программы EpiInfo версии 7.0.9.34 (CDC, Atlanta, GA, USA).

**Результаты и их обсуждение:**

Чаще всего дети в дома ребенка поступают из семьи и родильного дома. Дети постарше чаще поступают в детский дом из центра временной изоляции, адаптации и реабилитации несовершеннолетних (ЦВИАРН) и из приюта «Подросток», только потом из семьи, а также из стационаров, где детей оставляют родители (табл. №2).

Таблица 2.

**Место, откуда ребенок поступил.**

Ребенок поступил	Воспитанники Дома ребенка	Воспитанники Детского дома	Общий показатель
из семьи	63,5%	23,2%	42,3%
из родильного дома	28,4%	4,9%	16,0%
из стационара	6,8%	2,4%	4,5%
из ЦВИАРН-а	1,4%	34,1%	18,6%
из приюта «Подросток»	-	34,1%	17,9%
из детского дома	-	1,2%	0,6%
<b>Итого</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Распределение по месту проживания родителей следующее: у большинства родители проживают в городской местности (69,9%), в селе проживает меньшая часть (21,2%), о месте проживания остальных родителей данных нет (9,0%).

Возраст матерей на момент рождения детей варьировал от 15 до 44 лет, средний возраст составил 22 года, мода - 26 лет. Сведения о возрасте отцов детей в доме ребенка было известно лишь в 39%(29) случаях, в детском доме в 31,7% (26). Возраст отцов на момент рождения детей варьировал от 19 до 54 лет, средний возраст отцов составил 33 года, мода - 30 лет.

Социальное положение матерей воспитанников дома ребенка следующее: большинство женщин – безработные (64,9%), рабочих – 5,4%, служащих лишь 2,7%, есть учащиеся (14,9%), инвалиды – 2,7%, домохозяйки – 1,4%, о 4,1% данных не было. Матери воспитанников детского дома также в основном безработные женщины (75,6%), инвалиды (2,4%), учащиеся 1,2%, нет данных о 14,6%. Общий показатель такой, что 70,5% матерей безработные, т.е. не в состоянии прокормить ребенка самостоятельно. Социальное положение отцов достоверно определить не удалось, так как данные об этом почти отсутствуют (74,4%), но если учитывать, что большинство женщин не состоят в браке, помощь в воспитании детей от отцов вероятнее всего не поступает.

По семейному положению среди матерей преобладает количество матерей-одиночек - 57,7%, в гражданском браке состоят 21,2%, в зарегистрированном браке лишь – 13,5%, вдовы - 3,2%, в разводе – 1,3%, отцы одиночки – 0,6%, о 2,6% данные не известны.

По количеству детей в семьях, как воспитанников дома ребенка, так и воспитанников детского дома наиболее часто встречается наличие одного (31,1%), двух (28,1%), трех (22,2%), четырех (10,4%) детей, очень малую долю составляют семьи с пятью(5,9%), шестью (1,5%) и семью детьми (0,7%).

Состояние здоровья родителей имеет немаловажное значение в полноценном воспитании детей, но информация о наличии хронических заболеваний скудна. Так среди данных о матерях информация отсутствует в 30,8% случаях, об отцах в 83,3%, что исключает возможность анализировать данные об отцах. Среди женщин 41,0% страдают алкоголизмом, 6,4% - больны туберкулезом, у 5,1% алкоголизм сочетается с сердечно-сосудистыми заболеваниями, 3,8% больны венерическими заболеваниями, туберкулез сочетается с алкоголизмом у 2,6%, страдают сердечнососудистыми заболеваниями 2,6%, психическими заболеваниями болеют 1,9%, прочие 5,8%.

Таблица 3.

**Наличие признаков социального неблагополучия семьи.**

№	Признак социального неблагополучия семьи	Семьи воспитанников Дома ребенка (всего 74)	Семьи воспитанников Детского дома (всего 82)	Общий показатель
1.	плохие материально-бытовые условия	83,8%	85,4%	84,6%
2.	неполная семья	54%	69,5%	62,2%
3.	мать, страдающая алкоголизмом	21,6%	54,9%	39,1%
4.	у матери асоциальный образ жизни	11%	6,1%	8,3%
5.	оба родители – алкоголики	8,1%	11%	9,6%
6.	судимость отца	8,1%	8,5%	8,3%
7.	родитель - сирота	4%	1,2%	2,6%
8.	судимость матери	2,7%	4,9%	3,8%
9.	многодетная семья	2,7%	4,9%	3,8%
10.	психические заболевания родителей	2,7%	3,7%	3,2%
11.	отец, страдающий алкоголизмом	1,4%	3,7%	2,6%
12.	признака социального неблагополучия нет	11%	-	5,2%



В своем исследовании мы оценили наличие признаков неблагополучия в семьях воспитанников дома ребенка и детского дома. Было выявлено, что семьи почти каждого воспитанника имеют признаки неблагополучия, лишь 5,2% семей их не имели (см. таблицу 3).

Наиболее часто встречающиеся из них: плохие материально-бытовые условия, неполная семья, мать – алкоголик. Большинство изученных семей имеет два (31,4%) и три (48,7%) таких признака (таблица 4).

Таблица 4.

**Количество признаков неблагополучия в семьях воспитанников.**

Количество признака неблагополучия	Семьи воспитанников Дома ребенка, % (абс.ч)	Семьи воспитанников Детского дома, % (абс.ч)	Общий показатель % (абс.ч)
Один	13,5% (10)	12,2% (10)	12,8% (20)
Два	40,5% (30)	23,2% (19)	31,4% (49)
Три	35,2% (26)	61% (50)	48,7% (76)
Четыре	-	3,6% (3)	1,9% (3)
Нет	10,8% (8)	-	5,2% (8)
<b>Итого</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Выводы:** Детские дома заполнены не детьми-сиротами, о которых действительно некому позаботиться, а детьми, у которых есть родители, братья и сестра, родственники - это так называемое явление «социального сиротства» при живых родителях. Биологические семьи воспитанников – это чаще всего семьи неработающих матерей-одиночек с низким материальным достатком, наличием признаков социального неблагополучия, большинство из которых имеет два (31,4%) и три (48,7%) таких признака. Приведенные факты позволяют сделать вывод, что на пути к профилактике помещения детей в государственные учреждения требуется активизации работы служб социальной поддержки семей, наркологической службы и пропаганда семейных ценностей в обществе.

2. Spitz R. Hospitalism: a follow-up report. Psychoanal Stud Child 1945;2:113–8.

3. Spitz R. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanal Study Child 1945b;1:53–74.

4) MacLean K. The impact of institutionalization on child development. Dev Psychopathol 2003;15:853–84.

5) Pluye P, Lehinge Y, Aussiloux C, et al. Mental and behavior disorders in children placed in long term care institutions in Hunedoara, Cluj and Timis, Romania. Sante 2001 - 11:5–12.

6) Prevention of child abandonment at birth. Materials for professionals and managers of health and social protection, guardianship authorities. - M.: UN Children's Fund (UNICEF), 2011, p.99

7) «Социально-демографическое положение детей в РК», аналитическая записка, подготовленная центром исследований Сандж для Агентства РК по статистике 2009г, с.52

**Литература:**

1. Trans MONEE database 2012, [http://www.transmonee.org/index\\_ru.html](http://www.transmonee.org/index_ru.html)

**Тұжырым**

**БАЛАЛАР ҮЙІ ЖӘНЕ СӘБИЛЕР ҮЙІНІҢ ТӘРБИЕЛЕНУШІПЕРІНІҢ ЖАНҰЯЛАРЫНДАҒЫ ОТБАСЫЛЫҚ СӘТСІЗДІКТІҢ БЕЛГІЛЕРІ**

**Т.К. Рахыпбеков, Н.М. Елусинова, Ю.М. Семенова**

Мақалада Семей қ. балалар үйі және сәбилер үйінің тәрбиеленушілерінің жанұяларындағы отбасылық сәтсіздіктің белгілері туралы ақпарат келтірілген. Тәрбиеленушілердің туған отбасылары ретінде жиі жұмыс істемейтін, жалғыз басты әйелдердің, материалдық тұрмысы төмен, ішімдікке әуес жанұялар тіркеледі. Отбасылық сәтсіздіктің белгілері тек 5,2% жағдайда ғана анықталған жоқ, қалған отбасылардың көбі ондай белгілердің екі, үшеуіне ие болған. Келтірілген мәліметтер балаларды балалар үйіне берудің алдын алу шарасы ретінде жанұяларды әлеуметтік қолдау қызметі мен наркологиялық көмек көрсету қызметін қарқынды жүргізіп, қоғамда отбасылық құндылықтарды насихаттау керектігі туралы қортынды жасауға мүмкіндік береді.

**Summary**

**THE SIGNS OF ILL-BEING IN FAMILIES OF CHILDREN OF THE ORPHANAGES**

**T.K. Rakhypbekov, N.M. Elissinova, Yu.M. Semenova**

The paper presents the signs of ill-being in families of children of the orphanages and children's homes. Biological families of these children are often families of non-working single mothers with low material prosperity, two and three signs of social distress. It was revealed that families of almost every child show the signs of ill-being, only 5.2% of families did not have it. The most common ones are: poor material conditions, incomplete family, and mother - alcoholic. These facts enable to make a conclusion that on the way to prevent the placement of children in state institutions it is necessary to revitalize social services on family support, drug treatment services and promote family values in society.



УДК-616.8-00-053.2-036.86(574.42)

Т.К. Рахыпбеков<sup>1</sup>, А.М. Елисинова<sup>2</sup>, Ю.М. Семенова<sup>3</sup>

Государственного медицинского университета города Семей

Д.м.н., профессор, ректор<sup>1</sup>,Докторант PhD по специальности «Общественное здравоохранение»<sup>2</sup>,Кафедра офтальмологии, ассистент к.м.н. <sup>3</sup>

## АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2010 ГГ.

### Аннотация

В данной работе проведен анализ первичной инвалидности вследствие болезней нервной системы у детей в Восточно-Казахстанской области за 2009-2010 гг. Наиболее высокий уровень первичной инвалидности был в 2010 г. 15,6 на 10 000 человек. В структуре причин первичной детской инвалидности болезни нервной системы наиболее часто встречались в 2009 г. и составил 19,9%. Число впервые признанных инвалидами больше всего в возрасте до 3 лет и с увеличением возраста уменьшается. Это обусловлено ранним выявлением патологии центральной нервной системы у детей.

**Ключевые слова:** детский возраст, патологии центральной нервной системы, инвалидность.

**Актуальность:** По состоянию на 1 января 2011 года численность инвалидов составляет около 487,8 тыс. человек или 3 % населения страны, из них 46,5 тыс. дети-инвалиды [1]. В Казахстане в структуре первичной инвалидности среди детей на первом месте - инвалидность вследствие врожденных аномалий, на втором месте - вследствие болезней нервной системы, на третьем – вследствие психических расстройств. В динамике отмечается рост первичной инвалидности среди детей, с 2001 по 2007 годы. Болезни нервной системы составляют от 20% до 24,2%. В совокупности эти три нозологии являются причиной почти 70% случаев первичной инвалидности у детей [2].

В последние годы в Казахстане наблюдается рост общей неврологической заболеваемости среди детского населения. [3].

Часто в ранний период многие неврологические симптомы остаются малозаметными и клинически не выявляются, однако, в последующем оказывают существенное влияние на нервно-психическое развитие ребенка [4-6].

Согласно закону о социальной защите инвалидов в Республике Казахстан от 13 апреля 2005 года № 39, ребенок-инвалид это лицо в возрасте до восемнадцати лет, имеющее нарушение здоровья со стойким рас-

стройством функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, их последствиями, дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной защиты.

Первичная инвалидность это отношение числа лиц, впервые признанных инвалидами в данном календарном году, к населению в целом или к его отдельным группам; обычно этот годичный показатель вычисляется на 10000 человек.

**Цель исследования:** Изучить динамику первичной инвалидности вследствие болезней нервной системы у детей в Восточно-Казахстанской области за 2009-2010 гг.

**Материалы и методы исследования:** Ретроспективный анализ отчетов формы №7 «О работе первичной медико-социальной экспертной комиссии» за 2009-2010 период по Восточно-Казахстанской области.

### Результаты и их обсуждение:

В таблице №1 представлена динамика первичной инвалидности среди детского населения по ВКО, где наиболее высокий уровень первичной инвалидности был в 2010 году 15,6 на 10000 человек. В структуре причин первичной детской инвалидности болезни нервной системы встречались 19,9% в 2009 году и 17,6% соответственно в 2010 году.

Таблица 1.

**Динамика первичной инвалидности вследствие болезней нервной системы у детей в Восточно-Казахстанской области за 2009-2010 гг.**

Возраст	Всего признано детьми-инвалидами		Первичная инвалидность вследствие болезней нервной системы	
	2009 год	2010 год	2009 год	2010 год
от 0 до 18 лет из них:	553 (ИП-14,9)	579 (ИП-15,6)	110 (19,9%)	102 (17,6%)
до 3 лет	247 (44,6%)	269 (46,4%)	63 (25,5%)	64 (23,8%)
3-7 лет	117 (21,1%)	137 (23,6%)	30 (25,5%)	24 (17,5%)
7-12 лет	104 (18,8%)	89 (15,3%)	13 (12,5%)	7 (7,8%)
12-14 лет	25 (4,5%)	27 (4,6%)	2 (8%)	1 (3,7%)
14-16 лет	26 (4,7%)	31 (5,3%)	1 (3,8%)	3 (9,6%)
16-18 лет	34 (6,1%)	26 (4,5%)	1 (2,9%)	3 (11,5%)

Самый высокий удельный вес инвалидов в возрасте до 3 лет – равен 46,4% в 2010 г. Удельный вес инвалидов в возрасте 3-7 лет - равен 21,1% в 2009 г., и далее увеличивается до 23,6% в 2010 г. Удельный вес инвалидов в возрасте 7-12 лет уменьшается с 18,8% в 2009

г. до 15,3% в 2010 г. Удельный вес инвалидов в возрасте 12-14 лет за два года приблизительно на одинаковом уровне в 2009 г. – 4,5% и в 2010 г. – 4,6%. Удельный вес инвалидов в возрасте 14-16 лет - равен 4,7% в 2009 г., и далее увеличивается до 5,3% в 2010 г. Удель-

ный вес инвалидов в возрасте 16-18 лет уменьшается с 6,1% в 2009 г. до 4,5% в 2010 г. Удельный вес инвалидов в структуре инвалидности вследствие болезней нервной системы в 2009 г. был наиболее высок 25,5% в возрасте до 3 лет и 3-7 лет и реже встречался в возрасте 16-18 лет 2,9%. Удельный вес инвалидов в структуре инвалидности вследствие болезней нервной системы в 2010 г. был наиболее высок 23,8% в возрасте до 3 лет и реже встречался в возрасте 12-14 лет 3,7%.

**Выводы:** Таким образом, наиболее высокий уровень первичной инвалидности был в 2010 г. 15,6 на 10000 человек. В структуре причин первичной детской инвалидности болезни нервной системы наиболее чаще встречались в 2009 г. и был равен 19,9%. В структуре первичной инвалидности по возрасту преобладают дети до 3 лет и составляют 44,6%-46,4% от общего числа за 2009-2010 гг. Удельный вес инвалидов в структуре инвалидности вследствие болезней нервной системы преобладают дети до 3 лет и составляют 25,5 % в 2009 г. и 23,8 % соответственно в 2010 г. Эти данные свидетельствуют о том, что число впервые признанных инвалидами больше всего в возрасте до 3 лет и с увеличением возраста уменьшается. Это обусловлено

ранним выявлением патологии центральной нервной системы у детей.

#### Литература:

- 1 Информационный бюллетень уполномоченного по правам человека по РК №1, 2011. С. 26.
- 2 Попова Т.В. Научные основы совершенствования системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Казахстан. Автореф. дис. док. мед. наук. - Алматы. 2009 - 14с.
- 3 [http://www.pharmnews.kz/kfv\\_db/Nomera346/content/article-7.html](http://www.pharmnews.kz/kfv_db/Nomera346/content/article-7.html)
- 4 Семенова К.А. Восстановительное лечение больных детским церебральным параличом // Неврологический журн. – 1997. – Т.2, №1. – С. 4-7.
- 5 Лепесова М.М. Вопросы последипломной подготовки врачей по детской неврологии // Здравоохранение Казахстана. – 1993. – № 10. – С.6-7.
- 6 Калиниченко Е.П., Алексеева Е.В. Комплексная восстановительная терапия у детей с задержкой развития речи // Физиотерапевт. – 2009. – № 10. – С. 33-34.

#### Тұжырым

### 2009 – 2010 Ж.Ж. АРАЛЫҒЫНДА ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БАЛАРАЛЫНЫҢ НЕРВ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ТУЫНДАҒАН БІРІНШІЛІК МҮГЕДЕКТІТІҢ АНАЛИЗИ

Т.К. Рахыпбеков, А.М. Елисинова, Ю.М. Семенова

Мақалада біріншілік мүгедектіліктің ең жоғарғы деңгейі 2010 ж. 10000 адамға шаққанда 15,6 тең болғаны көрсетілген. Біріншілік балалар мүгедектілігі арасында жүйке жүйесі аурулары ең жиі 2009 ж. 19,9% тең болды. Сонымен қатар біріншілік мүгедектілік жиі 3 жасқа дейінгі балалар арасында кездесіп, жас өскен сайын сирек кездеседі. Бұл балаларда орталық жүйке жүйесінің патологиялары ерте анықталуымен түсіндіріледі.

#### Summary

### ANALYSIS OF PRIMARY DISABILITY DUE TO NERVOUS SYSTEM DISEASES IN CHILDREN IN THE EAST KAZAKHSTAN AREA FOR 2009-2010

T.K. Rakhypbekov, A.M. Elissinova, Yu.M. Semenova

This article shows that the highest level of primary disability was in 2010, 15.6 per 10,000 people. In the structure of the primary causes of childhood disability diseases of the nervous system is most often met in 2009 and was equal to 19.9%. Also, the number of newly registered disabled most under the age of 3 years, and decreases with increasing age. This is due to the early detection of diseases of the central nervous system in children.

УДК 616-058-057.87

У.С. Самарова, Д.М. Битебаева

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра общественного здравоохранения и информатики.

## ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

#### Аннотация

В данной работе исследованы социологические аспекты семейных факторов, влияющих на образ жизни и здоровье старшеклассников. Здоровье молодого поколения в значительной степени определяет будущее страны и генофонд нации. Данные многочисленных исследований показывают, что источник возникновения различных заболеваний взрослых следует искать в их детстве.

**Ключевые слова:** Социальные факторы, факторы риска, взаимосвязь факторов, уровень жизни.

Здоровье подрастающего поколения в значительной степени определяет будущее страны, генофонд нации. Данные многочисленных исследований показывают, что источник возникновения различных заболеваний взрослых надо искать в их детстве. Состояние здоровья в ранний период жизни и социально-экономическое поло-

жение, в котором проживает ребенок тесно взаимосвязаны.

Здоровье детей и подростков формируется под влиянием многих факторов, в том числе и социальных. В значительной степени оно зависит от образа жизни и социального статуса родителей. В последние десятилет-

тия по литературным данным отмечается рост распространенности среди детей и подростков девиантных форм поведения: около 20% детей в возрасте 10 - 11 лет и более 60% в возрасте 15 - 17 лет курят; около 35% детей в возрасте 10 - 11 лет и более 70% в возрасте 15 - 17 лет употребляют алкогольные напитки. Современные комплексные посемейные исследования охватывают все стороны жизни - материальную обеспеченность, уровень культуры, жилищные условия, питание, воспитание детей, внутрисемейные отношения, обеспеченность медицинской помощью и др. Семья прививает детям поведенческие стереотипы, определяющие в последующей жизни ребенка не только наличие или отсутствие вредных привычек, но и отношение ко всем другим составляющим здорового образа жизни. Важный фактор риска развития отклонений в состоянии здоровья - нерациональное питание школьников, которое в значительной степени связано с уровнем доходов и культуры здоровья семьи. Многие исследователи отмечают связь между экономическими возможностями семьи и степенью вовлеченности детей и взрослых в регулярные занятия физической культурой. У школьников эта ситуация усугубляется снижением физической активности в результате нововведений в образовательные программы.

**Целью** настоящей работы стало исследование социологических аспектов семейных факторов влияющих на образ жизни и здоровье старшеклассников.

**Методы исследования:** В исследовании, проведенном в 2011г., участвовали 119 школьников. Выборка стратифицированная, случайная, анкетирование анонимное. Возраст детей, участвующих в исследовании, - 13 - 17 лет. Анкетирование школьников, проживающих в сельской местности (с. Глуховка, с. Долонь, с. Мостик).

Использовались методики: 1. Анкета "Изучение медико-социальных причин формирования отклонений в здоровье и заболеваний у детей".

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась при помощи программы Microsoft Excel XP, Социальный портрет семьи. Возраст матерей на период рождения участвующих в исследовании детей был следующим: 20 до 29 лет - 10%, 30 лет и выше - 90%; возраст отцов: 12% и 82%, соответственно.

Высшее образование имеют 15,5% отцов и 28,6% матерей; среднее, среднетехническое и средне-специальное - 83% отцов и 70% матерей; неполное среднее - 2,45% и 1,64%, соответственно.

Состав участвовавших в исследовании семей: 85,7% - полные, 11,7% - только мать, 0,8% - только отец, 1,68% - опекунов. Доход на одного члена семьи: выше прожиточного минимума - 48,7%, соответствует прожиточному минимуму - 51%, ниже прожиточного минимума - 0%. В семье работает только один из родителей - 40,3%, оба родители - 48,7%.

Количество детей в семьях: 10% - один ребенок, 31% - два, 29,4% - три, 29,4% - четыре. В половине семей, имеющих одного ребенка, доход равен прожиточному минимуму. Доход выше прожиточного Количество детей в семье оказалось связано с уровнем образования женщин: матери с высшим образованием чаще имеют 1-2 ребенка, а матери со средним образованием - троих, четырех детей. Рассмотрение факторов, характеризующих условия жизни ребенка, показало, что все живут в частном доме - 100%, имеют ли они свое рабочее место - 55,46%, не имеют - 44,5%. Питание - основной фактор в обеспечении оптимального роста и развития детского организма, его

адаптированности к воздействию различных агентов внешней среды. Исследование взаимосвязи между уровнем образования матери и частотой употребления основных продуктов питания в семье не показало статистически значимых связей. Учащиеся школ сельской местности питаются хорошо, употребляют мясные, молочные, овощи и фрукты. Анализ особенностей образа жизни школьников показал, что отдыхают в летние каникулы в городе: часть лета - 73%, никуда не выезжают - 26,8% учащихся. Достоверные различия между продолжительностью отдыха детей выявлены только при сравнении уровня доходов их семей. Из числа семей с доходом выше прожиточного минимума имели возможность отдыхать 48% детей часть лето проводят за городом, из семей с доходом, равным прожиточному, - 25 % и ниже прожиточного минимума - 26,8%. Анализ поведенческих факторов риска в образе жизни родителей, влияющих на здоровье детей, показал, что алкогольные напитки периодически принимают 12% матерей и 61% отцов. По результатам анкетирования средний возраст курящих подростков составляет 13 лет.

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

С увеличением возраста, число подростков, имеющих вредные привычки, растет. Распространенность табакокурения среди детей в возрасте 11-14 лет составляет 10%, среди старшеклассников 21%. Курящие подростки отличаются от некурящих более высокой распространенностью и других форм отклоняющегося поведения - уровнем алкоголизации, приобщением к наркотическим веществам. Важную роль в формировании курительного поведения принадлежит семье, где дети впервые узнают о курении и зачастую становятся пассивными курильщиками. Существует тесная связь между курением родителей и формированием привычки у детей. Исследования показали, что у курящих подростков родители (в основном отцы) курили.

Результаты анкетирования показывают, что в неполных семьях особенно в семьях с ухудшенными семейными взаимоотношениями происходит более раннее формирование вредных привычек, и их распространенность превышает 1-1,5 раза, чем из учащихся, проживающих в благополучных семьях. Из поведенческих факторов риска в образе жизни родителей выявился также такой, как низкая вовлеченность в занятия спортом и иные виды оздоровительных систем физической активности.

#### **Выводы**

1. Разработка региональной системы управления здоровьем детского населения включающая, гигиенические мероприятия по оптимизации качества окружающей среды, оздоровительные и лечебно-реабилитационные мероприятия, а также определяет приоритетность семьи в вопросах укрепления и сохранения здоровья детей и подростков и ответственность руководителей образовательных учреждений за здоровье обучающихся

2. Поскольку для улучшения здоровья детей и подростков большое значение имеет создание благоприятных условий жизнедеятельности и воспитания в семье, в регионах необходимо создание системы обучения здоровью взрослого и детского населения.

**Литература:**

1. Андреев П.М., Латынов А.Г. и др. Состояние функции внешнего дыхания у подростков. // Казахский медицинский журнал.- 1994-т.1XXV.-№6.- С. 461-462.
2. Гурова О.А., Самбурова И.П., Соколов Е.В. Влияние курения табака на организм подростков. // Новые исследования в психологии и возрастной физиологии. 1991.- №2.- С.110-112
3. Журавлева М.С., Сетко Н.П., распространенность вредных привычек среди подростков как медико-социальная проблема современного общества. Материалы Вс. научно- практ. конф. С международным участием «Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового

образа жизни детей, подростков и молодежи» 15-17 мая 2006 г. Москва С. 53-54

4. Шубочкина Е.И., Молчанова С.С., Куликова А.В. Курящие подростки как медико-социальная проблема. Материалы X Съезда педиатров России «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям». Москва, 8-10 февраля 2005. С. 611

5. Лупандин В.М. Здоровье детей в многодетной семье: природа не останавливается на четвертом ребенке.

6. Сухарева Л.М., Куинджи Н.И., Степанова М.И. Прессинг школьных новостей в зеркале здоровья // Школа здоровья. 1998.

**Тұжырым****ӘЛЕУМЕТТІК ФАКТОРЛАРДЫҢ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕР ЕТУІ****У.С. Самарова, Д.М. Битебаева**

*Өсіп келе жатқан ұрпақтың денсаулығы айтарлықтай дәрежеде мемлекеттің болашағын, ұлттың генофондын анықтайды. Көптеген зерттеулердің мәліметтерінде көрсетілгендей, ересек адамдарда әртүрлі аурулардың пайда болу көзін, балалық шақта іздестіру керек. Өмірдің ерте кезеңінде денсаулық жағдайын, бала өмір сүріп жатқан әлеуметтік-экономикалық жағдайды ескеру қажет.*

**Summary****INFLUENCE OF SOCIAL FACTORS ON HEALTH OF SCHOOL STUDENTS****U.S. Samarova, D.M. Bitebayeva**

*Younger generation health substantially defines the country future and nation genofund. Data of numerous researches show that the source of emergence of various diseases of adults should be looked for in their childhood. The state of health during the early period of life and socially economic situation in which the child lives.*

УДК 616-006(574.41)

**М.Н. Сандыбаев, З.А. Манамбаева, К.Т. Жабагин, А. Бауржан, К.Ж. Камзин****Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра онкологии и визуальной диагностики****ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ  
В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ****Аннотация**

*В данной работе проведен анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, отмечена тенденция к их росту. Первые места по заболеваемости и смертности в Семейском регионе занимают рак легкого в основном у мужского трудоспособного населения и рак молочной железы у женщин по сравнению с другими формами злокачественных новообразований. Для более рациональной организации онкологической помощи необходимо проводить четкий диспансерный учет, акцентировать внимание на вопросах онкологической настороженности и раннего выявления злокачественных новообразований.*

**Ключевые слова:** онкологическая настороженность, злокачественные новообразования, смертность.

**Актуальность.** Проблема заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований - одна из наиболее актуальных в современной медицине. Она затрагивает интересы всего человечества. По прогнозам ВОЗ заболеваемость и смертность онкологическими заболеваниями во всем мире возрастет в 2 раза за период с 1999 года по 2020 год: с 10 до 20 млн. новых случаев и с 6 до 12 млн. регистрируемых смертей.

**Цель** - изучение результатов онкологической заболеваемости у населения Семейского региона (ВКО), наибольшая частота возникновения злокачественных новообразований различных локализаций.

**Материалы и методы** - проведен анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Семейского региона Восточно – Казахстанской

области за последние 10 лет. Среднегодовой интенсивный показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями за этот период остается стабильно высоким - 212,5 ‰ (2001г) до 213,1 ‰ (2011г).

**Результаты**

Максимальный рост заболеваемости в Семейском регионе (ВКО) за 2001–2011 гг., отмечен при раке легкого, молочной железы, желудка, шейки матки и кожи. Анализ показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями по основным формам рака всего населения Семейского региона показал, что уровень заболеваемости злокачественными опухолями был в 1,2 раза выше, чем по Республике Казахстан. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями, у мужчин стабильно преобладающими сохраня-

ется рак легкого, у женщин сохраняется рак молочной железы.

Наиболее распространенной формой злокачественных новообразований является рак легкого. В течение последнего десятилетия в Семейском регионе рак легкого стабильно занимает I ранговое место. Остается высоким показатель запущенности впервые выявленных больных, в основном немелкоклеточного рака легкого. Средний возраст заболевших мужчин составил 60-64 года, у женщин 55-59 лет. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения Семейского региона рак молочной железы занимает первое место (24,6%000) в 2011г, в структуре смертности – второе. Прирост заболеваемости произошел незначительный во всех возрастных группах старше 40 лет, а с 2004 г. – в основном за счет возрастной группы 70 лет и старше.

#### Выводы

Таким образом, при анализе заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований отмечена тенденция к их росту. Рак легкого в Семейском регионе стабильно занимает первое место по заболеваемости и смертности в основном у мужского трудоспособного населения, что имеет социально-экономическое значение. Рак молочной железы является одной из наиболее частых причин смерти женщин по сравнению с другими формами злокачественных новообразований. Для более рациональной организации онкологической помощи необходимо проводить четкий диспансерный учет, акцентировать внимание на вопросах онкологической настороженности и раннего выявления злокачественных новообразований.

#### Тұжырым

### ШЫҒЫС-ҚАЗАҚСТАННЫҢ ОБЛЫСЫНЫҢ СЕМЕЙ Өңіріндегі қатерлі ісік ауру жиілігі

*М.Н. Сандыбаев, З.А. Манамбаева, К.Т. Жабагин, А. Бaurzhan, К.Ж. Камзин*

*Шығыс-Қазақстанның облысының Семей өңіріндегі қатерлі ісік ауру жиілігі мен жиі кездесетін локализациялар зерттеу нәтижелері.*

#### Summary

### MORBIDITY OF MALIGNANT TUMORS IN SEMEY REGION OF EAST KAZAKHSTAN

*M.N. Sandybayev, Z.A. Manambayeva, K.T. Zhabagin, A. Baurzhan, K.Zh. Kamzin*

*Investigation of oncological morbidity in Semei region of East Kazakhstan, the most frequent localizations of malignant tumors.*

УДК: 616-089.5-006.3

**С.З. Танатаров, А.С. Байсалбаева, Р.Р. Туктабаева**

**Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра онкологии и визуальной диагностики.**

## ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ПИЩЕВОДЕ И ЖЕЛУДКЕ

#### Аннотация

*Комплексный подход к пред- и послеоперационному ведению больных со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений аугментинном, профилактика дисфункции печени гептралом, ранняя нутриционная поддержка у онкологических больных, позволили снизить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить длительность пребывания больного в стационаре, реабилитировать оперированных больных в более ранние сроки.*

**Ключевые слова:** злокачественные новообразования пищевода и желудка, послеоперационные осложнения, комплексное лечение, аугментин, гаптрал.

Актуальность вопроса заключается в предупреждении ранних послеоперационных осложнений, обусловленных, прежде всего расширенными объемами операции типа гастрэктомии с лимфодиссекциями DII-DIII, Льюиса на пищеводе и др., которые вызывают полиорганные структурно-функциональные нарушения в организме, приводящие нередко к осложнениям, в том числе и гнойно-воспалительным. Поэтому возникает поиск оптимальных путей профилактики и лечения этих осложнений [1,2,3]. Основная роль антибиотикопрофилактики в онкохирургии заключается в предупреждении инфекций, возникающих вследствие операции или других инвазивных вмешательств либо имеющих прямую связь с ними, а побочная цель в

уменьшении продолжительности и стоимости пребывания больного в стационаре [4,5].

Одной из основных причин структурно-функциональных нарушений гепатоцитов является синдром эндотоксикоза, развивающийся в результате опухолевой интоксикации, а также массивного лизиса опухолевой ткани в ответ на операционную травму, токсическое действие наркотических препаратов и прием цитостатиков [13,14,15]. В этих условиях возможность выведения вредных веществ печенью резко снижается, ухудшается ее функциональное состояние.

**Цель исследования:** Оценка эффективности нового режима антибиотикопрофилактики амоксициллин/клавуланатом послеоперационных осложнений в



онкологии. Профилактика гепатопатии биотехнологической доставкой гепатопротектора гептрал на фоне изучения активности g-глутамилтранспептидазы (GGT). Изучение состояния белкового обмена и особенностей течения послеоперационного периода на фоне нутриционной поддержки зондом оригинальной конструкции.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении онкологического диспансера г. Семипалатинска проведен анализ результатов лечения 50 больных в возрасте от 38 до 72 лет. Мужчин было 21, женщин-29. Расширенные объемные операции проводились при раке желудка - 39 больным, раке пищевода - 11. За день до операций больные основной группы с профилактической целью вечером и утром в день операций и во время оперативного вмешательства получали аугментин в разовой дозе 600 мг. внутривенно с интервалом 8 часов, параллельно проводилась профилактика и лечение, печеночной дисфункций по разработанной методике. Исследуемым больным лабораторными тестами определяли функциональное состояние и степень дисфункции печени. В зависимости от этого проводилась защита и гепатопротекция препаратом гептрал фирмы KNOLLAG BASF Pharma (действующее вещество-адеметионин). Также, больным проводилось энтеральное зондовое питание (ЭЗП) в раннем послеоперационном периоде. Больным контрольной группы первые 3-4 сутки ЭЗП не проводилось, в этот период их нутриционная поддержка осуществлялась полным парентеральным питанием (ППП).

Для обеспечения ЭЗП больным использовали желудочно-кишечный зонд собственной разработки (Авторское свидетельство на изобретение РК № 44420 от 05.01.04 г.), во время операции осуществляли интубацию проксимального отдела тощей кишки, обязательным условием полноценного функционирования зонда было полное расправление всех его петель в тонкой кишке.

**Результаты исследования:** Длительность введения аугментина колебалась от 7 до 10 суток, в среднем 5-7 суток. В ряде случаев в зонах с физиологическим преобладанием анаэробных микроорганизмов для профилактики использовали сочетание аугментина с метранидазолом.

В основной группе из 50 пациентов после профилактического применения аугментина только у 3 (6,2%) больных развились послеоперационные инфекционные осложнения. Когда в группе сравнения из 35 пациентов, осложнения развились у 17 (49%). Побочных эффектов при применении аугментина мы не наблюдали.

В группе сравнения, без применения специальных средств гепатопротекции, показатель активности GGT в сыворотке крови на 2 сутки послеоперационного периода возрастал на 36,0% ( $p < 0,05$ ), более того, он имел динамику к росту и на 7 сутки (до 48,9% относительно исходного,  $p < 0,05$ ). В то же время, при применении гептрала активность GGT имела лишь недостоверную тенденцию к росту.

На вторые сутки после нормализации ОЦК и стабилизации гемодинамики начинали введение готовой к

употреблению полимерную сбалансированную питательную смесь «Унипит» («Нутритек» Россия). ЭЗП смесь «Унипит», проводимое через 6 часов после операции, в большинстве случаев протекало гладко. Отмечено более раннее восстановление функции кишечника. Чаще регистрировалось раннее восстановление сывороточных белков и нормализация абсолютного числа лимфоцитов в периферической крови – основных маркеров нутритивного статуса.

В контрольной группе к 4-м суткам произошло снижение уровня общего белка и альбумина на 11 и 25% соответственно, в то время как аналогичные показатели в основной группе уменьшились лишь на 9% и 8% соответственно.

Динамика изменения количества лимфоцитов крови существенно различалась в исследуемых группах. Так, в контрольной группе их количество к концу 4-х суток уменьшилось на 44%, в то время как в основной – на 25%.

Согласно данным среднее пребывание больных основной группы в отделении реанимации на 0,9 дня короче, чем в контрольной. Необходимо отметить, что в основной группе стойкий парез кишечника и эрозивные повреждения желудочно-кишечного тракта встречались в меньшем проценте случаев, чем в контрольной. В основной группе мы не наблюдали анастомозов, несостоятельности швов анастомозов и инфекционных осложнений. На 40% был уменьшен объем инфузионной терапии в основной группе по сравнению с контрольной.

#### **Выводы:**

Таким образом, комплексный подход к пред- и послеоперационному ведению больных со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений аугментином, профилактика дисфункции печени гептралом, ранняя нутриционная поддержка у онкологических больных, оперированных на пищеводе и желудке, позволило:

- снизить частоту послеоперационных осложнений;
- уменьшить длительность пребывания больного на койке в ОРИТ;
- уменьшить затраты на парентеральную терапию, тем самым снизить стоимость лечения в ОРИТ в целом;
- реабилитировать оперированных больных в более ранние сроки.

#### **Литература:**

1. Арзыкулов Ж.А., Турекеев Б.А., Ижанов Е.Б., Койшибаев А.К. Современные тенденции в хирургии рака желудка // Онкология и радиология Казахстана. – 2002. - №2. – С.48-57.
2. Арзыкулов Ж.А., Ижанов Е.Б. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Онкология и радиология Казахстана. – 2003. – №3. – С.90-95.
3. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Тер-Ованесов М.Д. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных раком // Клиническая антимикробная химиотерапия, 1999.–т.1,№1.–с. 12–17.

#### **Тұжырым**

### **АСҚАЗАН МЕН ЖҰТҚЫНШАҚ ОТАЛАНҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕРТЕ ПОСТОПЕРАЦИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ**

**С.З. Танатаров, А.С. Байсалбаева, Р.Р. Туктабаева**

*Асқазан-ішек жолының қатерлі ісігінде науқастарға операция алдында және операциядан кейінгі кезеңде кешенді түрде: антибиотикопрофилактика, аугментинмен антибиотикотерапия шаралары өткізілуі керек. Аутологиялық эритроцитарлы тасымалдаушы Гептрал препараттымен қатерлі ісікті науқастарды емдеу кезінде ірінді-қабыну асқынуларын емдеу және ескертуді, сонымен қатар токсикалық гепатопатияларды алдын-алуды қамтамасыз етеді.*

*Summary*  
**PREVENTION OF EARLY POSTOPERATIVE INFRINGEMENTS  
IN PATIENTS WITH OPERATED STOMACH AND ESOPHAGUS**  
**S.Z. Tanatarov, A.S. Baysalbayeva, R.R. Tuktabayeva**

*Complex approach to pre- and post operation treatment of oncology patients with gastro-intestinal cancer including anti-biotic prophylaxis and treatment, autologous erythrocytes carrying a medication "Heptral" in itself provided prevention and treatment of inflammatory complications, toxic hepatic afflictions. Early enteral nutrition with solution "Unipit" via naso-gastric tube allowed to decrease amount of complications after surgery and consequently patients' stay in hospital.*

**УДК: 616-089.5-006.3**

**С.З. Танатаров, А.С. Байсалбаева, Б.К. Куанова, А.О. Сагнаева**

**Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра онкологии и визуальной диагностики.**

**АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТА ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ  
НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТОПАТИИ ГЕПТРАЛОМ  
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЖЕЛУДКЕ И ПИЩЕВОДЕ**

**Аннотация**

*В данной работе рассмотрены вопросы профилактики гепатопатии гепатопротектором гептрал на фоне изучения активности GGT и других печеночных показателей. Многофункциональность гептрала позволяет считать его препаратом выбора для адекватной гепатопротекций и профилактики печеночной дисфункции в онкохирургии.*

**Ключевые слова:** онкохирургия, гепатопатии, гепатопротектор «Гептрал».

**Актуальность.** В последние годы среди лабораторных тестов для выявления невыраженных токсических дисфункций печени значимое место занимает определение активности  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы (GGT).

$\gamma$ -глутамилтранспептидаза - фермент, участвующий в превращениях аминокислот и пептидов и используемый для диагностики заболеваний печени и желчных путей. Определение активности GGT - более чувствительный тест при слабых токсических воздействиях на печень по сравнению с другими ферментами. Наиболее высокая активность отмечается при закупорке желчных протоков, камнях желчного пузыря и других заболеваниях, сопровождающихся застоем желчи - холестазом. При этих состояниях активность фермента может в 10 и более раз превышать норму. Причиной повышения уровня GGT также могут быть лекарства, вызывающие повреждение гепатоцитов и холестаза.

При отсутствии желтухи определение GGT - чувствительный тест для выявления гепатопатии; клиническая чувствительность выше, чем у таких ферментов, как щелочная фосфатаза (ЩФ) и 5- нуклеотидаза.

**Цель исследования:** Профилактика гепатопатии гепатопротектором гептрал на фоне изучения активности GGT и других печеночных показателей.

**Материалы и методы.** Профилактика печеночной дисфункций по разработанной методике было проведено в основной группе 45 оперированным больным, со злокачественными новообразованиями в возрасте от 45 до 75 лет. Мужчин было 30, женщин-15. В группе сравнения было 23 больных, мужчин-15, женщин - 8, в этой группе гепатопротекция гептралом не проводилась. Объемные расширенные операции проводились при раке желудка - 35 больным, раке пищевода - 10. Мы исследовали  $\gamma$ -глутамилтранспептидазу (GGT) на биохимическом анализаторе "Express-Plus" фирмы "Bayer", Австрия. Активность GGT в сыворотке крови исследовали до оперативного вмешательства, на вторые и

седьмые сутки после операций. Она является более ранним маркером повреждения гепатоцитов, чем (ALT; AST), также определяли функциональное состояние и степень дисфункции печени. В зависимости от этого проводилась защита и гепатопротекция препаратом гептрал фирмы KNOLLAG BASF Pharma (действующее вещество-адemetионин). Выбор этого препарата был обусловлен, прежде всего, возможностью его включения в эритроциты, которые нами были использованы как биотехнологическая система доставки лекарственного вещества в печень- орган реализации его непосредственного терапевтического эффекта. Многофункциональность гептрала сделала его препаратом выбора в нашей клинике для профилактики дисфункции печени.

**Результаты исследования:** Высокая клинико-лабораторная эффективность диагностики гепатопатии активностью GGT и её профилактики биотехнологическим методом определена результатами исследования, которые показали, что после 3 введений гепатопротектора гептрала в фармакоцитах (эритроцитарных «транспортировщиках») улучшились биохимические лабораторные показатели крови

Лабораторные анализы показали положительную динамику биохимических показателей, характеризующих синдром холестаза и цитолиза (GGT, АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубина).

В динамике улучшились и клинические данные у больных основной группы: уменьшились боли, дискомфорт и чувство тяжести в правом подреберье, исчезла тошнота, улучшилось общее самочувствие.

**Выводы:**

1. Высокая чувствительность органа к токсикантам обусловлена его анатомо-физиологическими особенностями. Повреждающее воздействие различных ксенобиотиков в пред- интра- и послеоперационном периодах способствуют возникновению острого цитотоксического поражения печени.



2. Выявление степени острого многофакторного гепатотоксического поражения печени возможно с помощью традиционных «печеночных тестов». Определение активности GGT при хирургических вмешательствах у больных со злокачественными новообразованиями желудка и пищевода наиболее специфичный тест, позволяющий выявить, начальные и вяло текущие, не манифестирующие формы токсических гепатопатий.

3. Эритроцитарные «транспортёрщики» с включенным в них гептралом могут использоваться как система «доставки» его непосредственно в печень для реализации своего основного терапевтического эффекта.

4. Многофункциональность гептрала, а также его способность включаться в эритроцитарные транспортёрщики делают его препаратом выбора для адекватной гепатопротекции и профилактики печеночной дисфункции в онкохирургии.

**Литература:**

1. Ткачук В.А., Добровольский А.Б., Доценко В.А. Клиническая биохимия. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.-360 с.
2. Озерова Н.В. Анестезиологическое обеспечение больших резекций печени. Диссертация канд. мед. наук, Москва. - 1997.
3. Подымова С. Д. Болезни печени. 3-е издание. Руководство для врачей. М. Медицина.1998. 703с.

**Тұжырым**

**АСҚАЗАН ЖӘНЕ ӨҢЕШ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІМЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМ БАРЫСЫНДА ГЕПАТОПИЯНЫҢ АЛДЫН АЛУДАҒЫ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗА БЕЛСЕНДІЛІГІ**  
**С.З. Танатаров, А.С. Байсалбаева, Б.К. Қуанова, А.О. Сағнаева**

Бауыр ағзалардың түрлі синтетикалық және метаболиялық процестерінде маңызды орын атқарады, сондықтан анестезия мен операцияның көптеген мәселелері онымен байланысты. Асқазан және өңеш қатерлі ісіктерімен ауырған науқастардағы хирургиялық ем барысында GGT белсенділігін анықтау бастапқы және баяу ағымдағы, анық байқалмайтын (манифестирленбейтін) токсикалық гепатопия түрлерін анықтауға мүмкіндік туғызуда неғұрлым тән сынама. Қосылып тұрған гептралмен эритроцитарлы «тасымалдаушылар» өзінің тікелей емдік әсерін іске асыру үшін, оның бауырға «жеткізілу» жүйесі ретінде қолданылады.

**Summary**

**ACTIVITY OF ENZYME GAMMA-GLUTAMYL TRANSPEPTIDASE IN PREVENTION OF HEPATOPATHY WITH HEPTRAL AT OPERATIONS ON STOMACH AND ESOPHAGUS**  
**Tanatarov S. Z., Baysalbayeva A.S., Kuanova B. K., Sagnayeva A.O.**

As the liver plays a central role in metabolic and synthetic processes in organism the numerous problems can arise with it at surgery and anesthesia. Definition of GGT activity in patients with cancer of stomach and esophagus undergone surgery is the most specific test that allows to elicit early and latent forms of toxic hepatopathy. Erythrocytes «carriers» with «Heptralum» included can be used as a system of its transporting into the region of realization of its therapeutic effect.

ӘОЖ 614.253.5+37.046.14

Б.Ж.Токтабаева<sup>1</sup>, Р.М. Қисина<sup>2</sup>

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті  
 № 2 Балалар аурулары кафедрасы, м.ғ.к.<sup>1</sup>  
 «Мейірбике ісі» мамандығы бойынша магистрант<sup>2</sup>

**БОЛАШАҚ ЖОҒАРҒЫ БІЛІМДІ МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ ҚҰЗЫРЕТТІЛІКТЕРІНІҢ ДАМУ ДЕҢГЕЙІН БАҒАЛАУ**

**Тұжырым**

Бұл мақалада болашақ жоғарғы білімді мейірбикелердің құзыреттіліктерінің даму деңгейі жайлы ғылыми сараптама нәтижелері сипатталған.

**Кілтті сөздер:** мейірбике, жоғарғы білімді мейірбике, құзыреттілік, мейірбике құзыреттіліктері.

Қазіргі таңда шығармашыл ойлай алатын, әлеуметтік және кәсіби белсенділікке ие, жаңа заманғы еңбек нарығында бәсекелестікке және ұтқырлыққа ие мамандарға сұраныс өте жоғары. Жоғарғы оқу орындарында білім алушы мейірбикелердің кәсіптік құзыреттіліктерін қалыптастыру мәселесі дәл қазіргі уақытта ғылыми пайымдаудың негізі болып табылмады. [1]

Ғылыми зерттеулердің сараптамасы жоғарғы білімді мейірбикелердің кәсіби құзыреттіліктерін қалыптастыру мейірбике ісінің дамуында маңызды рөл атқаратынын дәлелдеп отыр. [2] Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде соңғы

6 жылда мейірбике ісі бойынша мейірбикелік білім беру жүйесінің өзгерісіне, мәртебесінің өзгерісіне, кәсіптік қызмет аймағының кеңеюіне, дәрігер және мейірбике арасындағы міндеттерді қайта бөлуге бағытталған қайта құрулар жүргізілуде. Нәтижесінде мейірбикелердің алдында кәсіптік өсуінің жаңа мүмкіндіктерін ашатын, білім берудің үш деңгейін және дипломнан кейінгі дайындықты қоса алатын, мейірбикелерді кәсіби дайындаудың көп деңгейлі жүйесі қалыптасты.

1995 жылдан бастап Қазақстанда жаңа оқу жоспарымен дайындалған мейірбикелер шығарыла бастап, тәжірибелік денсаулық сақтауда мейірбике ісі

мамандар қатарын мейірбикелік үрдісті меңгерген, мейірбике ісі филолософиясын құптайтын, жаңа ойлау стилі бар мейірбикелермен толықтырылууда. Жоғарғы оқу мекемелерінде білім алушы мейірбикелердің кәсіби құзыреттіліктерін қалыптастыру мәселесі дәл қазіргі уақытқа дейін ғылыми пайымдаудың пәні болмады. Ғылыми зерттеулердің сараптамасы жоғарғы білімді мейірбикелердің кәсіби құзыреттіліктерін қалыптастыру жайлы сұрақтың анықталмағанын көрсетіп отыр. Жоғарғы білімді, жаңа дайындық деңгейіне ие мейірбикелердің пайда болуы, денсаулық сақтауды және тәжірибелік медицинаны ұйымдастырушыларының алдында бір қатар мәселелерді қойды.

**Зерттеу өзектілігі**

Жоғарғы білімді мейірбикелердің кәсіби құзыреттіліктерін қалыптастыру және оны жоғары

сатыға көтеру бүгінгі таңда негізгі мәселелердің ішінде өзектісі, теориялық және тәжірибелік жағынан маңыздысы болып отыр.

**Зерттеу мақсаты**

Мейірбике ісі мамандығы бойынша жоғарғы оқу орындарында білім алып жатқан студенттер арасында зерттеу жүргізіп, өз мамандығының құзыреттіліктерін қандай деңгейде меңгергенін анықтау.

**Зерттеу материалдары мен әдістері**

Семей Мемлекеттік медицина университетінің, С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университетінің «Мейірбике ісі» мамандығы бойынша 3 – 4 ші курстарда білім алып жатқан студенттер. Барлығы сауалнамаға 100 студент қатысты. Алынған сауалнама нәтижелері Ері Info бағдарламасы арқылы сарапталды.

*Кесте.*

**Студенттердің кәсіби құзыреттіліктері мынадай критерилер бойынша бағаланды:**

Жалпы кәсіби құзыреттілік	Арнайы-кәсіби құзыреттілік	Қарым - қатынас сферасындағы әлеуметтік құзыреттілік	Тұлғалық құзыреттілік
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Кәсіби өзін-өзі тану;</li> <li>- Кәсіби ойлауға және жаңа кәсіби білімдерді игеруге қабылеттілігі;</li> <li>- Кәсіби қызметті орындауға психологиялық тұрғыдан дайын болуы.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Кәсіби білім, біліктілік, дағдылар;</li> <li>- Кәсіби қызметін жүзеге асыру қабылеттілігі;</li> <li>- Өзінің ары қарай кәсіби қалыптасуын жоспарлау алуы;</li> <li>- Кәсіби өз-өзіне баға беруі.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Топта жұмыс істей алу;</li> <li>- Мәдени және тұлға аралық төзімділік;</li> <li>- Әлеуметтік-психологиялық бейімділік;</li> <li>- Шиеленісті жағдайларды шеше білу.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Тұлғалық және өзінің кәсіби жүзеге асырылуын және өзін-өзі дамытудың қажеттілігі;</li> <li>- Әлеуметтік және моральды-этикалық құндылықтар;</li> <li>- Азаматтық ұстаным;</li> <li>- Психологиялық төзімділік.</li> </ul>

Зерттеу нәтижелері төмендегідей:

Жалпы кәсіби құзыреттіліктері: студенттердің 65% төмен, 20% жоғары, 15% жоғары болған.

Арнайы - кәсіби құзыреттіліктері: 59% төмен, 25% орташа, 16% жоғары нәтиже көрсеткен.

Қарым - қатынас сферасындағы әлеуметтік құзыреттіліктері: студенттердің 50% төмен, 23% орташа, 18% жоғары болған.

Тұлғалық құзыреттіліктері: студенттердің 47% төмен, 33% орташа, 20% жоғары болды.

**Қорытынды**

Алынған сауалнама нәтижелері болашақ жоғарғы білімді мейірбикелердің кәсіби құзыреттіліктерінің қажетті жоғарғы деңгейде қалыптаспағанын көрсетіп отыр. Болашақ жоғарғы білімді мейірбикелердің кәсіби

құзыреттіліктерін қалыптастыруға ғылыми пайымдау қажет екенін дәлелдеп отыр.

**Әдебиеттер:**

1. Левина В.А. Формирование профессиональной компетентности специалиста сестринского дела с квалификацией базового среднего профессионального образования: Автореф...дисс. канд. пед. наук. - Саратов, 2004.

2. Нестерова Н.Л. Формирование профессиональной компетентности у студентов медицинских училищ в условиях профессионально-рефлексивного тренинга: Автореф...дисс. канд. пед. наук. - Москва, 2010.

**Резюме**

**ОЦЕНКА УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ**

**Б.Ж. Токтабаева, Р.М. Қисина**

*В данной статье описан уровень развития профессиональной компетентности у будущих медицинских сестер с высшим образованием, сделан научный анализ.*

**Summary**

**ASSESSMENT OF THE FORMATION LEVEL OF PROFESSIONAL COMPETENCE OF FUTURE NURSES WITH HIGHER EDUCATION**

**Toktabayeva B. Zh., Kisina R. M.**

*This article describes the level of professional competence of future nurses with higher education, made a scientific analysis.*

ЭОЖ 614.253.5

Б.Ж. Токтабаева<sup>1</sup>, А.М. Шарапиева<sup>2</sup>

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті  
 № 2 Балалар аурулары кафедрасы, м.ғ.к.<sup>1</sup>  
 «Мейірбике ісі» мамандығы бойынша магистрант<sup>2</sup>

## СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ МЕЙІРБИКЕЛЕРІНІҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

### Тұжырым

Бұл мақалада Семей қаласындағы мейірбикелердің әлеуметтік-гигиеналық мінездемесі сипатталған.

**Кілтті сөздер:** мейірбике, әлеуметтік-гигиеналық сипаттама.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мейірбикелік персоналды халықтың өсіп келе жатқан қажеттіліктерін қолжетімді медициналық көмекпен қамтамасыз етуде үлкен потенциал ретінде қарастырады. Елімізде ұзақ уақыт бойы мейірбике ісіне қажетті көңіл бөлінбегендіктен, денсаулық сақтаудың осы саласы медициналық технологиялар мен қазіргі заманғы ғылымның дамуынан біршама артта қалды. [1] Бұл мейірбикелік кадрлардың құрамы мен денсаулық сақтау жүйесінің қажеттіліктерін ескере отырып, мейірбике ісіндегі мамандарды дайындаудағы квалификацияны жоғарылату мен білім беру жүйесін жетілдіруді талап етеді. [2]

Зерттеу өзектілігі: Қазақстанда ақырғы онжылдықта жүргізілген әлеуметтік саяси, экономикалық және медициналық реформалар қоғамның барлық сфераларының жанданып, дамуына бағытталған. Осыған байланысты мейірбике ісі саласында жүргізілген реформалар осы салада үлкен өзгерістердің орын алуына әкеліп отыр.

Осы уақытқа дейін республикамызда орта медицина қызметкерлерінің әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы жасалынбаған, ғылыми анализ жүргізілмеген. Осы орайда жасалынып отырған зерттеуіміз, бұл санаттағы медицина қызметкерлерінің әлеуметтік және кәсіби сипатын анықтауға және тәжірибелік денсаулық сақтау саласының мейірбике ісіндегі реформаларға қаншалықты дайын екендіктерін анықтауға мүмкіндік береді.

### Зерттеу мақсаты

ЕПҰ-ның кадрлық құрамына анализ жасап, оның көшенді әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасын беру.

### Зерттеу материалдары мен әдістері

Зерттеуге Семей қ.медицина орталығының 200 мейірбикесі қатысты. Алынған материалдар Ері Info бағдарламасы арқылы сарапталды.

### Зерттеу нәтижелері

Бірінші кезекте, зерттелушілердің жастық-жыныстық құрылымдары қарастырылды. Біздің елде және шет елдерде жүргізілген зерттеулер нәтижесіне сүйенетін болсақ, мейірбике ісі саласындағы қызметкерлердің басым көпшілігі әйел адамдар. Ер адамдар 10% аспайды. Зерттеу нәтижесі бойынша әйел адамдар 96% болса, ер адамдар 4% құрайды. Жастық құрамын сараптау кезінде орташа жас шамамен 38,5, ең жас орта медицина қызметкері – 22 жаста болса, ең жасы үлкені – 55 жаста екендігі анықталды. Жұмысыңызға көңіліңіз тола ма? деген сұраққа сауалнамаға қатысушылардың 94% иа, көңілім толады деп жауап берсе, 6% жұмыстарына көңілдері толмайтындықтарын айтқан. Сонымен қатар, мейірбикелер өз біліктілік (квалификация) деңгейлері

100% қанағаттандыратынын жеткізді. Орта медицина қызметкерлерінің басым көпшілігі 1 ставкада еңбек етеді екен. 29,3% 1,5 ставкада қызмет етеді. Бұл жайды олар жалақының төмен деңгейімен түсіндірді. Тек 2% 0,5 ставкада жұмыс жасайды. Жалақыңыздың мөлшерін қалай бағалайсыз деген сұраққа сауалнамаға қатысушылардың басым көпшілігі орташа деп жауап берген. Ең төмен жалақы мөлшері 30000 құраса, орташа еңбекақы 45000 екендігі анықталды, ең жоғарғы жалақы 99000тенге.

Орта медицина қызметкерлерінің тұрмыстық жағдайы олардың кәсіби қызметтерімен тығыз байланысты. Әсіресе бала саны өте маңызды. Сауалнамадан анықталғандай, мейірбикелердің басым көпшілігінде 2 бала, ең аз бала саны 1 болса, ең көп бала саны 3. Зерттелушілердің 66%-ның отбасы бар, 10% отбасы жоқ, 10% ажырасқан, 7% жалғыз басты ана, 7% жесір екендігі анықталды. Қызметкерлердің көпшілігі тұрғын үймен қамтылған. 77,7% жеке үйі бар, 19,1% жалдап тұрады, 3,2% ата-анасымен немесе туыстарымен тұрады. Сонымен қатар, 96,7% жеке көлікпен қамтылмаған, тек 3,3% көліктері бар екендігін айтқан. Жүргізген зерттеуіміз медицина саласына көп жағдайда тек өз қалауымен келеді деген пікірді растады. Сауалнамаға қатысушылардың 82,3% өз еркімен, 7,3% ата-анасының қалауымен, 6,3% ЖОО түсе алмағандықтан, ал 4,2% басқа себептермен медицина саласына келген. Зерттеуге қатысушылардың 92% өз жұмысын мәртебелі деп санайды. Мейірбике ісі саласында жүргізіліп жатқан реформалар жайлы мейірбикелердің 88,4% хабардар, бұл ақпараттарды аға мейірбике, бас мейірбике және конференциялар мен семинарлардан алатынын айтты.

### Қорытынды

Қорытындылай келе, Семей қаласының орта медицина қызметкерінің әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы мынандай: жасы 38,5 шамасындағы, медицина саласына өз еркімен келген 1 ставкада жұмыс істейтін қазақ әйел адам. Жеке үйі бар, өз жұмысын мәртебелі санайды, жалақысы орташа. Отбасы, 2 баласы бар. Мейірбике ісі саласындағы реформалардан хабардар. Өз біліктілігіне қанағаттанады.

### Әдебиеттер:

1. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз): Автореф...дисс. д-ра мед.наук. - М., 1995.

2. Глотова И.Г. Социально гигиеническая характеристика средних медицинских кадров и пути реформирования сестринского дела и образования в Белгородской области: Дис. . канд. мед. наук.

## Резюме

**СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ГОРОДА СЕМЕЙ****Б.Ж. Токтабаева, А.М. Шарипиева**

В данной статье описана социально-гигиеническая характеристика медицинских сестер города Семей, сделан научный анализ.

## Summary

**SOCIAL-HYGIENIC CHARACTERISTICS OF NURSES SEMEY CITY****B.Zh. Toktabayeva, A.M. Sharapiyeva**

This article describes the social and hygienic characteristics of nurses Semey, made a scientific analysis.

УДК 616.36.366-002-008.5-089

Т.Б. Тулеутаев, Н.Р. Рахметов, Б. Бизолдина, Н. Еспаева, К. Цесько, Н. Мустафина

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

**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ  
ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

## Аннотация

В данном сообщении рассмотрен вопрос серьезной патологии - механической желтухи, являющейся опасным осложнением калькулезного холецистита, требующей целенаправленной предоперационной подготовки и эффективной интенсивной терапии.

**Ключевые слова:** гастроэнтерология, холецистит, механическая желтуха, печеночная недостаточность, предоперационная подготовка.

Актуальность проблемы заключается в том, что хронический калькулезный холецистит осложненный механической желтухой, патология нередкая. Синдром обструктивной желтухи объединяет обширную группу заболеваний, общим и наиболее ярким клиническим признаком, которых является пожелтение кожных покровов склер в результате повышение концентрации билирубина в крови, вследствие нарушения проходимости магистральных желчных протоков (1, 2, 3, 6).

Диагностические ошибки, возникающие в 10-42 % наблюдений (4), ведут к быстрому нарастанию печеночной недостаточности и у 54 % больных (2) возникновению тяжелых осложнений (желудочно-кишечные кровотечения, гнойный холангит, абсцессы печени, биллиарный сепсис, энцефалопатия), что в 14-27 % случаев неминуемо приводит к летальному исходу (2,5).

Определенные достижения в диагностике и лечении этой тяжелой категории больных связаны с внедрением в клиническую практику новых методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ), а также применением современных миниинвазивных технологии. Вместе с тем, вопросы современной рациональной лечебной тактики и интенсивной терапии при механической желтухе остаются сложными в хирургической гастроэнтерологии.

Высокий уровень билирубина в крови нередко ведет к нарушению свертывающей системы, являясь причиной интра-, послеоперационных кровотечений (2,4).

Целью нашего сообщения является предоперационная интенсивная терапия с упором коррекции холемической коагулопатии.

Нами проведен анализ десяти больных, поступивших в хирургическое отделение в течение трех месяцев 2012 года, в возрасте от 34 до 76 лет, из них женщин – 7 человек, мужчин – трое. У всех больных ведущим клиническим симптомом была желтуха и неоднократные приступы боли. При этом у девяти больных причиной желтухи был холедохолитиаз, а у одного больного – эхинококк печени, со сдавлением ворот печени. У двоих больных диагностирован постхолецистэктомический синдром с холедохолитиазом, осложненный печеночной недостаточностью. Оперативное вмешательство было выполнено в объеме холецистэктомии (у девяти), холедохолитотомии (у девяти), холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову (у пяти), и дренировании холедоха по Пиковскому у пяти больных.

Пятеро пациентов за одни или две суток до операции были госпитализированы в отделение интенсивной терапии для предоперационной подготовки. Исходные данные обследованных больных представлены в табл. 1

Таблица 1.

**Исходные параметры больных с механической желтухой (n-10) до и после операции (n-10).**

N	Исходные данные	После операции (первые двое суток)
1.	Билирубин 197,3±4,0	39,3±8
2.	МНО 1,26±3,0	0,48±2
3.	АПТВ 46,98±8	15,25±0,7
4.	РФМК 7,85±1,0/100 мг	2,85±3,0

В отделении интенсивной терапии катетеризировалась магистральная вена, проводилась дезинтоксика-

ционная, антибактериальная терапия и коррекция свертывающей системы крови, так как исходные данные

коагулограммы свидетельствовали о наличии гипербилирубинемической коагулопатии. Эта терапия заключалась во внутривенном введении раствора свежезамороженной плазмы в объеме не менее 1 литра, с повторным введением ее на операционном столе и в послеоперационном периоде.

Как видно из таблицы уровень билирубина за первые двое суток еще не нормализуются, тогда как показатели коагулограммы не вызывают опасений. Несмотря на это, мы наблюдали один случай повторного кровотечения в послеоперационном периоде, которое потребовало релапаротомии. Двое больных (с ПХЭС и эхинококком печени) умерли от прогрессирующей печеночной недостаточности.

Наше предварительное сообщение, основанное на небольших наблюдениях, свидетельствует о серьезности данной патологии, требующей целенаправленной и эффективной предоперационной подготовки больных.

Таким образом, механическая желтуха является опасным осложнением калькулезного холецистита, тре-

бующим целенаправленной предоперационной подготовки.

**Выводы:** калькулезный холецистит, осложненный механической желтухой, сопровождающейся холемической коагулопатией, требует целенаправленной и эффективной интенсивной терапии.

#### Литература:

1. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой.... Дисс. канд. мед. наук, - Москва, - 1982.

2. Астапенко В.Г., Козырев М.А., Федорович Е.Н. Проблемы хирургии желчных путей. - Москва, 1982 - с. 131-132.

3. Ветшев П.С. Диагностический подход при обструкционной желтухе // Росс. журн. гепатологии колопроктологии, Москва, 1999. - с. 18-24

4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. - Москва, Видар, 2006, - с. 559

5. Савельев В.С. 80 лекций по хирургии. - Москва, Литтера, 2008, - с. 910.

#### Тұжырым

### МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮМЕН АСҚЫНҒАН СОЗЫЛМАЛЫ КАЛЬКУЛЕЗДІ ХОЛЕЦИСТИТТІҢ ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯСЫ

**Т.Б. Тулеутаев, Н.Р. Рахметов, Б. Бизолдина, Н. Еспаева, К. Цеско, Н. Мустафина**

*Механикалық сарғаюмен асқынған, холемиялық коагулопатиямен қосарланатын калькулезді холецистит мақсатты бағытталған және әсерлі қарқынды емдеуді қажет етеді.*

#### Summary

### INTENSIVE THERAPY OF CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED MECHANICAL OBSTRUCTION

**T.B. Tuleutayev, N.R. Rakhmetov, B. Bizoldina, N. Espayev, K. Tsesko, N. Mustafin**

*Calculous cholecystitis complicated mechanical obstruction is accompanied by cholemic coagulopathy. This pathology needs aimed effective intensive therapy.*

ӘОЖ 616.153.915-612.017-614.876-616-092.4

**Д.Е. Узбеков, О.З. Ильдербаев, М.Р. Мадиева, С.Е. Узбекова**

**Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті,  
физиологиялық пәндер кафедрасы**

### ГАММА-СӘУЛЕНІҢ ӘСЕРІНЕН КЕЙІНГІ ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДЫҢ ИММУНДЫҚ ҚАБІЛЕТТІ АҒЗАЛАРЫНДАҒЫ МАЙЛАРДЫҢ АСҚЫН ТОТЫҒУ ЖАҒДАЙЫ

#### Тұжырым

*Егеуқұйрықтардың иммундық қабілетті ағзаларындағы гамма-сәуленің әсерінен кейін майлардың асқын тотығу өнімдерінің белсенділігі зерттелген. Көкбауырда, ішектің лимфа түйіндерінде және шеткі қан лимфоциттерінде ДК мен МДА артқандығы тіркелді.*

**Негізгі сөздер:** Иммундық қабілет, сәулелік терапия.

Сәуле әсеріне организмнің жоғары сезімталдығына байланысты иондаушы сәулелер әсерінен кейінгі иммундық қабілетті ағзалар мен жасушаларындағы биохимиялық үрдістердің қандай серпіліс беруі маңыздылығын бүгінге дейін жоғалтпайды. Радиобелсенді дозалардың сан алуан қасиеті онкологиялық тәжірибеде сәулелік терапия түрінде көптеген онкологиялық ауруларды емдеу кезінде қолданылады. Радиациялық фонның тым артық жоғары деңгейі қатерлі сырқатқа, тұқымқуалау бүліністері мен соматикалық ауруларға әкелуі еш күмән келтірмейді. Радиациялық әсердің салдарынан иммундық қабілетті ағзаларында алмасу үрдістерінің құрылымдық өзгеруі және бейадекватты иммундық

жауапқа әкелетін функциялық бұзылыстардың жүзеге асуы маңызды. Көптеген клиникалық пен тәжірибелік зерттеулердің көрсетуі бойынша жоғары дозадағы радиация жасушалар мен тіндерді бүлініске ұшыратып, организм өлімінің себебі болып табылады, ал ұзақ уақыт әсер ететін шағын дозаның әсерінен онкологиялық аурулардың дамуы, генетикалық бүліністер мен аутоиммундық үрдістердің бұзылыстары байқалуы ықтимал. Жоғары дозалы радиацияның әсерінен Семей жерінде тұратын біздің ата-бабаларымыздың өсіп келе жатқан ұрпағымыздың организміне қалай әсер ететіні және осы ұрпақтың әр түрлі жасында қандай өзгерістер байқалатыны өте қызықты да маңызды мәселе болып табылады.

Осыған орай, жоғары дозалы гамма-сәуле әсер еткен организмнің өзі және дәл осы организмнің 1-ші ұрпағының ағзаларында пайда болатын биохимиялық өзгерістерді салыстырмалы түрде зерттеп, осы ұрпақтағы организм жауабының патофизиологиялық аспектілерін бағалау маңызды мәселелердің бірі болып табылады.

**Жұмыстың мақсаты.** Жоғары дозалы (6 Гр) гамма-сәуленің әсеріне ұшыраған егеуқұйрықтардың иммундық қабілетті ағзаларында – ішек лимфа түйіндері, көкбауырдың және шеткі қан лимфоциттерінің майлардың асқын тотығу өнімдерін (МДА - малондық диальдегид және ДК – диендік конъюгаттар) зерттеп, осы зерттелінген егеуқұйрықтардың 1-ші ұрпағындағы алмасу үрдістерімен салыстыру.

**Зерттеудің негізгі міндеттері**

1. Радиацияға ұшырамаған ақ егеуқұйрықтардың және олардың ұрпағындағы иммундық қабілетті ағзаларында алмасу үрдістерін зерттеп, салыстырмалы сипаттама беру.

2. Жоғары дозалы гамма-сәулесін алған ақ егеуқұйрықтардың иммундық қабілетті ағзаларында алмасу үрдістерін зерттеу.

3. Жоғары дозалы гамма-сәулесін алған ақ егеуқұйрықтар ұрпағының иммундық қабілетті ағзаларында алмасу үрдістерін зерттеу.

**Зерттеу материалдары мен әдістері:**

Зерттеуді жүзеге асыру мақсатында 100 ақ егеуқұйрық алынып, олардың 70-ін 6 Гр дозасымен сәулелендіріп, қалған 30-ы интактты ретінде қалдырылған. Майлардың асқын тотығуын ішек лимфа түйіндері, көкбауырдың және шеткі қан лимфоциттерінде сәйкес әдіс бойынша зерттелінген. Сәулелендіру Чехиялық «Терагам» радиотерапиялық қондырғысында жүргізуге жоспарланған. Алынған нәтижелерін интактты және сәулелендірілген жануарлар тобымен салыстыру жүргізілді. Сәулелендірілген егеуқұйрықтардың 100 дана ұрпақтары және олардың 100 дана ұрпақтары зерттелінеді, яғни соңғы 100 дана егеуқұйрықтарын интактілі топ ретінде аланады. Осы эксперименттік егеуқұйрықтардың және олардың интактілі мен зерттелінетін егеуқұйрықтардағы иммундық қабілетті ағзаларындағы алмасу үрдістерін зерттеп, мәліметтерін статистикалық әдіспен өңдеу жүргізілуде.

**Зерттеу нәтижелері мен қорытындысы.**

6 Гр γ-сәуленің жедел кезі әсерінде ЛАТ өнімдерінің сандық мәліметтері 1-ші кестеде берілген.

1 кесте.

**6 Гр γ-сәуленің жедел әсеріндегі липидтердің асқын тотығу өнімдері.**

Зерттеу объектісі	Топ	ДК	МДА
Көкбауыр	I	1,28±0,20	0,32±0,03
	II	1,33±0,11	0,41±0,03 *
Ішек лимфа түйіндері	I	0,35±0,03	0,05±0,004
	II	0,66±0,09 *	0,11±0,01 ***
Шеткі қан лимфоциттері	I	0,21±0,03	0,07±0,003
	II	0,33±0,02 *	0,10±0,01 *

*Ескерту:* 1 I – қалыпты топ.  
 2 II – 6 Гр γ-сәуленің жедел кезіндегі топ.  
 3 I топқа сәйкес айырмашылық нақтылығы \* - p<0,05, \*\*\* - p<0,001.

Сублеталды γ-сәуленің жедел кезінде жануарлардың көкбауырында ДК мөлшері қалыпты топтағы шамадан нақты өзгере түспегені белгілі болды (p>0,05). Ал, зерттеуге алынған қалған жасушаларда ДК мөлшері нақты түрде артқаны мәлім болды. Атап айтқанда, лимфа түйіндерінде қалыптағы көрсеткішпен салыстырғанда ДК мөлшері 88,0% (p<0,05) және қан лимфоциттерінде – 57,0% (p<0,05) артқандығы тіркелді.

Енді бұл дерттік үрдіс кезінде майлардың асқын тотығы өнімінің бірі малон диальдегидіне сараптама берсек, γ-сәуленің әсері кезінде зерттеуге алынған барлық тін жасушаларында және шеткі қан лимфоциттерінде ЛАТ процесінің қарқынының артуы байқалып, нақты жоғарлағаны анықталып отыр. Атап айтқанда, көкбауыр (4.2.2 кесте) жасушаларында қалыпты тобындағы көрсеткішпен салыстырғанда малон диальдегидінің мөлшері 1,28 есеге (p<0,05), ішек лимфа түйіндерінде – 2,20 есеге (p<0,001) және шеткі қан лимфоциттерінде – 1,42 есеге (p<0,05) артқандығы мәлім болады.

Қорыта келгенде, 6 Гр γ-сәуленің жедел кезі әсерінде зерттеуге алынған көкбауырдың тін жасушаларында, жіңішке ішек лимфатүйіндерінде және қан лимфоциттерінде ДК және МДА концентрациясы артқан. МАТ өнімдерінің радиация белсенділігінің организмге әсері жоғарлаған сайын арта түскені

анықталды. Сублеталды 6 Гр γ-сәуленің иммунды жүйенің лимфоидты мүшелерін зақымдап, нәтижесінде экспериментті жануарлардың лимфатүйіндерінде, көкбауырда, шеткі қан лимфоциттерінде липидті гиперпероксидация синдромы дамыған. Алынған нәтижелерді осы зерттелінген егеуқұйрықтар ұрпағындағы майлардың асқын тотығу нәтижелерімен салыстыру мақсатында ұрпақтың иммундық қабілетті ағзаларын зерттеу үрдісі жүзеге асып жатыр.

**Әдебиеттер:**

1. Абдрахманова Ж.Н., Еркекова С.А. Отдаленные последствия действия радиации на организм человека // Клиницист -1995 -№3. – С. 20-27.
2. Узбекова С.Е. Особенности функционального состояния иммунной системы в отдаленном периоде после различных дозовых нагрузок гамма-облучения. Автореф. дисс. к.м.н. – Семей, 2008, с. 24.
3. Усенова О.А. Особенности обменных процессов животного организма в отдаленном периоде после острой и фракционированной дозы гамма-излучения. Автореф. дисс. к.б.н., – Алматы, 2007, с. 20.
4. Сауров М.М. Оценка вероятности летальных эффектов при действии на население ионизирующих излучений // Мед.радиология и рад.безопасность. – 2002. – Т.47, №5. – С. 5 – 16.

**Резюме**  
**СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ**  
**ОРГАНАХ У КРЫС ПОДВЕРГНУТЫХ ГАММА-ОБЛУЧЕНИЮ**  
**Д.Е. Узбеков, О.З. Ильдербаяев, М.Р. Мадиева, С.Е. Узбекова**

*Изучалось влияние гамма-облучения на активность продуктов перекисного окисления липидов в иммунокомпетентных органах крыс. Было отмечено, что в селезенке, лимфатических узлах кишечника и лимфоцитах периферической крови наблюдалось повышение активности ДК и МДА.*

**Summary**  
**STATE OF LIPID PEROXIDATION IN IMMUNOCOMPETENT ORGANS OF RATS EXPOSED TO GAMMA-IRRADIATION**  
**D.Ye. Uzbekov, O.Z. Ilderbayev, M.R. Madiyeva, S.E. Uzbekova**

*The influence of gamma irradiation on the activity of lipid peroxidation products in immunocompetent organs of rats. It was noted that in the spleen, lymph nodes, intestine and peripheral blood lymphocytes were observed increased activity of DC and MDA.*

ӘОЖ: 616.97+615.036

**М.М. Уразалин, м.э.к., профессор,**  
**Ы.О. Кайрханова, Б.К. Рахимжанова, А.К. Оразбаева**

**Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті,**  
**Молекуллярлы биология және микробиология кафедрасы.**

**2002-2011 ЖЫЛДАР АРАСЫНДАҒЫ СЕМЕЙ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША ЖЫНЫСТЫҚ**  
**ЖОЛМЕН БЕРІЛЕТІН АУРУЛАРДЫҢ (ЖЖБА) АУРУШАҢДЫҚ ДИНАМИКАСЫ**

**Тұжырым**

*Бұл мақалада Семей қаласындағы «Тері – венерологиялық диспансердегі» 2002 – 2011 жылдардағы жыныстық жолмен берілетін аурулардың аурушаңдығының ретроспективті талдауы жүргізілді.*

**Кілттік сөздер:** аурушаңдық, мерез, созақ, хламидиоз.

Өзектілігі. ЖЖБА (жыныстық жолмен берілетін аурулар) деп негізгі берілу жолы сақтанбаған жыныстық қатынас болатын жұқпалы аурулар тобын айтады. ЖЖБА-ға мерез, созақ, микоплазмоз, хламидиоз, трихоманоз сияқты аурулар жатады [1]. Бұл аурулардың барлығы ерте заманнан белгілі, және қазіргі күндерде де бұл аурулар өте жиі кездеседі. Қазіргі уақытта жыныстық жолмен берілетін ауруларға (ЖЖБА) бактериялардың, вирустардың, саңырауқұлақтардың, қарапайымдылардың 30 астам түрлері жатады.

Сонымен қатар қазір ЖЖБА бойынша қолайсыз эпидемиологиялық жағдай қалыптасуда, ол созылмалы ағыммен, асқынулардың кең спектрімен және әйелдер мен ер адамдардың репродуктивті қызметінің бұзылу мүмкіндігімен сипатталады [2,3]. Жыныстық жолмен берілетін аурулармен ауыратын науқастардың

санының артуы кейбір зерттеушілердің айтуы бойынша қоғамдағы нашарәлеуметтік – экономикалық және саяси өзгерістермен (жұмыссыздық, кедейшілік, миграция және т.б.), және тұрғындардың жыныстық мінез-құлқының өзгеруімен байланысты (жыныстық өмірінің белсенділігі және моральды жыныстық еркіндік) [4,5].

ДДСҰ мәліметтері бойынша жыл сайын дүниежүзінде созақтың 250 миллионға дейінгі жағдайы және хламидиоздың 89 миллион жағдайы тіркеледі.

Жұмыстың мақсаты - Семей қаласындағы ЖЖБА аурушаңдық жиілігін зерттеу негізінде азайғандығын немесе көбейгендігін анықтау.

Семей қаласы бойынша ЖЖБА көбінің азаюына қарамастан эпидемиологиялық жағдай барлық зерттеу кезеңінде қарқынды болып қала берді.

*Кесте 1.*

**Семей қаласындағы «Тері – венерологиялық диспансердің» 2002 – 2011 жылдардағы аурушаңдығының абсолюттік саны.**

Ауру	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Мерез	509	357	403	236	242	205	175	154	109	85
Созак	446	322	304	266	228	267	216	203	165	156
Хламидиоз	40	56	153	256	217	164	120	181	272	261

2002 – 2011 жылдар аралығында ЖЖБА аурушаңдық құрылымында маңызды өзгерістер болды: ЖЖБА ішінде жиі 2002 жылдары мерез және созақ көп тіркелді (кесте 1). 2011 жылы хламидиозбен аурушаңдықтың тіркелуі жоғарлап, мерезбен аурушаңдық деңгейі біршама төмендеді. Сонымен ЖЖБА ішінде ең кең таралғаны хламидиоз, екінші

орында созақ, ал үшінші орында – мерез болды. 2011 жылы мерезбен аурушаңдық 2002 жылмен салыстырғанда 6 есеге дейін төмендеді, 2010 жылмен салыстырғанда 1,2 есе төмендеді, созақпен аурушаңдық – сәйкесінше 2,8 және 1 есе төмендеді. Ал хламидиозбен аурушаңдық деңгейі 2011 жылы 2002 жылмен салыстырғанда 6,5 есе артқан.



**Қорытынды**

Сонымен Семей қаласы бойынша ЖЖБА көбінің азауына қарамастан эпидемиологиялық жағдай барлық зерттеу кезеңінде қарқынды болып қала берді. Жүргізілген зерттеудің нәтижесінде 2011 жылы мерзбен аурушандық деңгейі 2002 жылмен салыстырғанда 6 есеге азайды, созақпен аурушандық 2002 жылмен салыстырғанда 2,8 есе азайғандығы, ал хламидиозбен аурушандық деңгейі 6,5 есеге артқандығы анықталды.

Выводы: таким образом, эпидемиологическая ситуация по ЗППП в городе Семей остается напряженной. В результате исследования 2011 году заболеваемость сифилисом снизилась по сравнению с 2002 годом в 6 раз, заболеваемость гонореей снизилась по сравнению с 2002 годом в 2,8 раза, заболеваемость хламидийной инфекцией в 2011 году увеличилась в 6,5 раза в сравнении с 2002 годом.

**Әдебиеттер:**

1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни: учебник / М : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 538 с.

2. Тихонова Л.И. Общий обзор ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путем. Анализ заболеваемости врожденным сифилисом в Российской Федерации // Матер. раб. совещ. дерматовенерологов и акушеров-гинекологов 1999-2000гг.; 2-10.

3. Кубанова А.А., Лосева О.К. Основы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в группах повышенного поведенческого риска // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2000. - №5 - С. 4-7.

4. Аравийская Е.Р. Анализ информированности подростков о сексуальных отношениях и инфекциях, передаваемых половым путем // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2001. - № 6. - С. 46-50.

5. Лузан Н. В. К вопросу о заболеваемости ЗППП у несовершеннолетних // Планирование семьи. - 1998. № 2 - С. 22-25.

**Резюме****ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМОМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В ГОРОДЕ СЕМЕЙ В 2002-2011 ГГ.**

**М.М. Уразалин, Ы.О. Кайрханова, Б.К. Рахимжанова, А.К. Оразбаева**

В данной статье изучена динамика заболеваемости венерическими инфекциями в городе Семей в 2002-2011 гг. Так заболеваемость сифилисом и гонореей уменьшается, наблюдается тенденция повышения венерическим хламидиозом.

**Summary****DYNAMICS OF THE INCIDENCE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS, IN SEMEY CITY IN 2002-2011 YEARS**

**M.M. Urazalin, Y.O. Kaiyrhanova, B.K. Rakhimzhanova, A.K. Orazbayeva**

In this publication is study dynamics of urogenital infection in Semei city within 10 years. Syphilis and gonococcal urethritis is decreased, but venereal chlamydiosis is arised.

УДК 618.19-071

**А.М. Уразалин, М.Т. Нургазин, К.Т. Жабагин, М.Ж. Байжуманов, К.В. Тимофеева, К.Б. Оспанова**

**Региональный онкологический диспансер, г. Семей,  
Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра онкологии и визуальной диагностики,  
Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева, г. Астана**

**РЕЗУЛЬТАТЫ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ЗА 2011 ГОД****Аннотация**

В данной работе представлены результаты «вторичного чтения» результатов маммографии женщин, проживающих в Семейском регионе, проходивших профилактический осмотр в возрасте 50-60 лет. Маммографический скрининг показал свою высокую эффективность и в сочетании с ультрасонографией зарекомендовал себя как метод выбора для достижения поставленных целей.

**Ключевые слова:** скрининг, онконастороженность, рак молочной железы.

**Актуальность и цель исследования.** В 2006 году был принят приказ №607 МЗ РК о проведении в Казахстане маммографического скрининга в целях повышения ранней выявляемости рака молочной железы. Программа основана на опыте работы ведущих зарубежных коллег в наиболее развитых странах Европы и Азии, где маммографический скрининг показал свою высокую эффективность и в сочетании с ультрасонографией зарекомендовал себя как метод выбора для достижения поставленных целей.

**Материал и методы исследования.** В рамках этой программы, в соответствии с Приказом МЗ РК №145 от 16 марта 2011 года, на базе РОД г Семей осуществляется «вторая читка» результатов маммографии женщин, проживающих в Семейском регионе, проходивших профилактический осмотр в возрасте 50-60 лет.

**Результаты.** За 2011 год «вторую читку» прошли 5935 женщин, из них с подозрением на РМЖ по итогам первой читки - 161 женщина. В процессе «второй читки»

тяжесть заключений снижена в 14 случаях и составила 147 женщин.

Кроме того, в процессе «второй читки» вновь выявлены и выставлены трем женщинам заключения Susp ср.

**Обсуждение.** Таким образом, после первого неполного года проведения «второй читки», можно говорить о значительном снижении числа женщин с необходимостью дообследования и неизбежных при этом морально-психологических травм. Вместе с тем снизилось ко-

личество так называемых «пропусков», связанных с проблемами на уровне ПМСП районов, нехваткой специально подготовленных кадров и неуконплектованностью современным рентгенологическим оборудованием на местах.

Основываясь на небольшом опыте проведения «второй читки», считаем целесообразным дальнейшее развитие и возможные усовершенствования этого метода.

#### Тұжырым

#### 2011 ЖЫЛЫ ӨТКІЗІЛГЕН МАММОГРАФИЯЛЫҚ СКРИНИНГТІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

**А.М. Уразалин, М.Т. Нургазин, К.Т. Жабагин, М.Ж. Байжуманов, К.В. Тимофеева, К.Б. Оспанова**

*Бұл жұмыста 2011 жылғы 50-60 жастағы әйелдерде маммографиялық скрининг жүргізу барысында маммограммаларды екінші рет оқу нәтижелері көрсетілген.*

#### Summary

#### RESULTS OF MAMMOGRAPHIC SCREENING IN 2011Y

**A.M. Urazalin, M.T. Nurgazin, K.T. Zhabagin, M.Zh. Baizhumanov, K.V. Timofeyeva, K.B. Ospanova**

*In this work the results of secondary reading of mammograms during mammographic screening is shown.*

УДК 614:613.96(043)(574)

**З.А. Хисметова, К.Т. Турлыбекова**

**Государственный Медицинский Университет г. Семей,  
Кафедра общественного здравоохранения и информатики**

### ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЕГО ФОРМИРОВАНИЕ (краткий обзор литературы)

#### Аннотация

*Здоровье учащихся высших образовательных учреждений в настоящее время является социально – значимым показателем медико – демографической характеристики населения, так как частая заболеваемость приводит к уменьшению эффективности учебной, а впоследствии, и профессиональной деятельности.*

**Ключевые слова:** Здоровье студентов, личность будущего специалиста, студенты и молодежь, социально-гигиеническое обследование молодежи, профессионально- значимые качества личности врача, Саламатты Қазақстан 2011-2015, адаптация к студенческой жизни, Послание Президента «Қазақстан - 2030».

Студенчество – это основной источник воспроизводства интеллектуального потенциала строк.

В связи с этим высшая школа должна обеспечить условия для всестороннего развития личности будущего специалиста, способного успешно содействовать социальному и научно-техническому прогрессу в их органическом единстве. Общество нуждается в специалистах широкого профиля, высоким уровнем культуры, здоровья и нравственно зрелых.

Учебная деятельность дает студенту не только образование и профессию, но и формирует его мировоззрение и образ жизни, являясь важной ступенью становления личности. Основной профессионального роста, ресурсом трудоспособности; возможностью удовлетворения практически всех потребности является здоровье специалиста. ВОЗ также рассматривает здоровье как ресурс для самореализации человека.

С первых дней существования здравоохранения развивались и совершенствовались методические основы социально-гигиенических обследований студентов одной из перспективных социальных групп молодежи. К настоящему времени выполнено значительное число социально-гигиенических исследований, целью которых являлась разработка путей улучшения условий труда и быта студентов, отдыха, питания организации учебного

процесса. Результаты этих исследований внедряются в практику.

Развитие высшей школы сопровождается интенсификации труда студентов, постоянным возрастанием объема информации, изменением форм и методов обучения, широким внедрением технических средств в учебный процесс. В этих условиях комплексные социально-гигиенические исследования направлены на изучение воздействия отдельных факторов, суммарного их действие на состояние здоровья и разработку новых гигиенических рекомендаций с учетом этого влияния.

В послании Президента страны «Қазақстан -2030» определена стратегия органов образования и здравоохранения по профилактике болезней и укреплению здоровья путем подготовки наших граждан к ведению здорового образа жизни, соблюдению правильной гигиены и санитарии, рационального питания.

В рыночных условиях при формировании новых требований к системе здравоохранения, стандартов к профессионализму врачей, общечеловеческих ценности, нравственных и моральных критериев воспитание высокой духовности врачей позволит в решающей степени решить глобальную задачу улучшения состояния здоровья населения, путем повышения их ответственности перед обществом.

Вместе с тем, большая часть авторов рассматривают профессионально значимые качества личности врача, с точки зрения его психического здоровья, когда как человек - целостная система, в которой психический компонент тесно связан и взаимодействует с остальными составляющими здоровья физическим и социально-духовным.

Как известно, предстоящая профессиональная деятельность студентов-медиков, будущих врачей связано с высоким нервным и эмоциональным напряжением, значительной интенсивностью и тяжестью, необходимостью переработки большого объема разнообразной информации и принятия ответственного решения опасностью заражения инфекцией, контактами с лекарственными препаратами, химическими веществами неблагоприятными влияниями различных видов излучения. Таким образом, медики, занимаясь проблемами здоровья населения, сами большей частью входят в группу риска развития заболеваний.

В рамках государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 годы отмечено, что здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей.

В ежегодном послании Президента страны, указал, что «здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье - вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения».

Для определения воздействия отдельных социально-гигиенических, психологических и других факторов или комплексного их воздействия на уровень состояния здоровья студента, нами проводится медико-социологическое исследование. Сбор материала осуществляется по специально разработанной программе, социологического исследования. Объект исследования являются студенты двух ВУЗ-ов: Государственный медицинский университет г. Семей и Казахский Гуманитарно-Юридический Инновационный университет разных факультетов и курсов. В процессе была составлена анонимная анкета, содержащая 7 блоков. Основные блоки - «социально – демократическая характеристика», «медицинское обслуживание студентов».

Исследование позволит получить унифицированное сопоставимые по различным параметрам показатели состояние здоровья в комплексе социально-

гигиенических и психологических характеристик. В результате исследования будут предложены рекомендации, практические предложения по совершенствованию профессиональной ориентационной работе, учебно-воспитательной работе, лечебно-профилактической работе и другое.

Студенты и молодежь составляют значительную часть активного трудоспособного населения. Это будущий экономический трудовой, оборонный и культурный потенциал нашего государства, нации. Учебная деятельность дает студенту не только образования и профессию, но и формирует его мировоззрение и образ жизни, являясь важной ступенью становления личности и профессионального роста. От того, как мы их подготовим, какое им дадим образование, как сохраним их здоровье, зависит будущее суверенного Казахстана. В республике обучаются более 600 тысяч студентов в различных ВУЗ-ах и процесс адаптации к студенческой жизни, наполненной стрессам, эмоциям, нарушениям, режимов питания, труда и отдыха, на фоне возрастных особенностей, является в настоящее время важной социально-гигиенической проблемой.

#### Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. 3-4 с.
2. Ясько Б.А. психология личности и труда врача. Курс лекций. Ростов-на-Дону: «Фейкс», 2005.-301 с.
3. Мигура Т.М. Медико-социальное исследование состояния здоровья, условий и образа жизни современных студентов. Дис.к.м.н. Петербургская гос. педиатрическая мед. академия. - Санкт-Петербург, 2001.
4. Рахыпбеков Т.К., Кудайбергенова Э.Ш., Тнимов Г.Т., Курбанова Г.Д. «Формирование здоровья студента». Учебно-методическое пособие. – Семей, 2010 – 108 с.
5. Назарбаев Н.А. Послание Президента народу Казахстана «Оснвные направления внутренней и внешней политики на 2004 год». – Астана, 2003.- 45 с.
6. Жужанов О.Т., Галымжанов Е.М., Шумбалов Н.М., Бузунова Д.Р., Кудайбергенова Е.Ш. Развития общества через инвестиции в здоровье человека. Сборник статей. Международная научная конференция, посвященная 100-летию П.М. Пospelова. - Караганда, 6-7 ноября 2003-416-419 с.
7. Спицнадель В.Н. Основы системного анализа: Учеб. пособие. - СПб.: «Бизнес-пресса», 2000.-326 с.

#### Тұжырым

#### СТУДЕНТТІҢ ДЕНСАУЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ҚАЛЫПТАСУЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР

**З.А. Хисметова, К.Т. Турлыбекова**

*Жоғарғы оқу орны студенттерінің денсаулығы тұрғындардың медико-демографиялық сипатының әлеуметтік көрсеткіші болып табылады, себебі жиі аурушандық алдымен оқу үлгерімінің сапасына әсер етіп, нәтижесінде кәсіби деңгейінің төмендеуіне әкеп соғады.*

#### Summary

#### PROBLEMS OF HEALTH OF THE STUDENT AND FACTORS INFLUENCING HIS FORMATION

**Z.A. Khismetova, K.D. Turlybekova**

*Health of students in higher educational institutions is now a significant indicator of the socio-medical and demographic characteristics of the population of Russia, as a frequent incidence reduces the effectiveness of the training, and later, and professional activities.*

УДК: 616.12-008-616.6-008.6-036

А.А.Чиныбаева<sup>1</sup>, Ж.Б.Советхан<sup>2</sup>

Государственный медицинский университет города Семей

<sup>1</sup> Кафедра интернатуры по терапии, Ph.D докторант 2-год обучения<sup>2</sup> 712-группа, врач-интерн

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

### Аннотация

Большую часть экстренных госпитализаций в кардиологическом стационаре составляют больные с острым коронарным синдромом (ОКС). В оценке прогноза у пациентов с ОКС, значение маркеров почечной дисфункции играет важную роль. Почечная дисфункция у больных с различными формами острого коронарного синдрома значительно распространена среди лиц старшего возраста, с сопутствующей артериальной гипертензией.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром, почечная дисфункция, группы риска, артериальная гипертензия.

Большую часть экстренных госпитализации в кардиологическом стационаре составляют больные с острым коронарным синдромом (ОКС). В мировой практике разработаны критерии краткосрочного риска летальности у больных с ОКС (GRACE, GUSTO 28, TIMI 11B) [1]

### Цель исследования

Изучить прогностическое значение маркеров почечной дисфункции у больных ОКС.

### Задачи исследования

1. У больных с острым коронарным синдромом изучить частоту почечной дисфункции.

2. Изучить прогностическую значимость клиренса креатинина как важнейшего маркера дисфункции почек в оценке госпитальной летальности и долгосрочного прогноза у больных с ОКС.

Исследование проводилось на базе кардиологического отделения Больницы скорой медицинской помощи города Семей (Казахстан) в период 2010-2011 гг. При включении в исследование руководствовались следующими критериями: на клинических проявлениях с подъемом и без подъема сегмента ST на ЭКГ, информированное согласие пациента на включение в исследование. Критериями исключения являлись наличие сопутствующих заболеваний с неблагоприятным прогнозом. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование и специальные исследования; определение креатинина микроальбуминурии, расчет риска развития инфаркта миокарда и летального исхода в соответствии со шкалой GRACE через 1 и в 6 месяцев. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием статистических пакетов программ «SPSS Statistics 17.0» и STATISTICA (версия 6.0). [2] Для проведения анализа выживаемости использованы оценки Каплана-Мейера. [8]

Под наблюдением находилось 470 пациентов с ОКС, из них верифицированы диагнозом ОКС без подъема сегмента ST 272 и 198 с подъемом сегмента ST, мужчин 71% и 29% женщин в возрасте от 29 до 82 лет (средний возраст 55,5±6,4 год). Среди больных ОКС без подъема ST инфаркт миокарда без зубца Q диагностирована в 30% случаев, нестабильная стенокардия 70% больных. Для всех пациентов, включенных в исследование, был рассчитан уровень клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Голта. [4] Больные с ОКС были разделены на 4 группы с клиренсом креатинина более 90 мл/мин (среднее значение 114,1±20,00 мл/мин) от 60-89 мл/мин (среднее значение 76,1±6,10 мл/мин) от 30-59 мл/мин (среднее значение 43,6±6,30 мл/мин) менее 30 мл/мин (среднее значение 27,5±2,50 мл/мин). [5]

В группах больных с ОКС без подъемов ST и инфаркта миокарда с подъемом ST отмечена взаимосвязь между возрастом и уровнем клиренса креатинина. С увеличением возраста нарастает частота дисфункции почек. [6] За период госпитализации у 40 человек развился летальный исход, среднее значение клиренса креатинина у которых составило 58,2±6,8 мл/мин. За период 6 месячного наблюдения у 16 больных с ОКС без подъема сегмента ST развился инфаркт миокарда среднее значение клиренса креатинина 62,5±6,8 мл/мин. Эти данные свидетельствуют о высоком прогностическом значении почечной дисфункции при прогнозировании исходов ОКС. [7]

Таким образом, почечная дисфункция у больных с различными формами острого коронарного синдрома значительно распространена среди лиц старшего возраста, с сопутствующей артериальной гипертензией. Снижение средних значений клиренса креатинина является неблагоприятным прогностическим фактором в плане летальности и требует дифференцированного подхода в тактике лечения больных с ОКС.

### Литература:

1. Waikar SS, Liu KD, Chertow GM. Diagnosis, epidemiology and outcomes of acute kidney injury. Clin J Am Soc Nephrol 2008;3(3):844-61. [2]
2. Hoste EA, Clermont G, Kersten A, et al. RIFLE criteria for acute kidney injury are associated with hospital mortality in critically ill patients: a cohort analysis. Crit Care 2006; 10(3): R73. [1]
3. Bouman C, Kellum JA, Lamiere N, Levin N. Definition of acute renal failure. Acute Dialysis Quality Initiative. 2nd International Consensus Conference, 2002. [8]
4. National Kidney Foundation KD: Clinical practice guidelines for chronic Kidney disease: Evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis 2002;39 (Suppl. 1):S1-S266. [5]
5. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Int 2005;67(6):2089-100. [7]
6. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, et al. Acute Dialysis Quality Initiative workgroup. Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Crit Care 2004; 8(4):R204-212. [4]
7. Смирнов А.В., Каюков И.Г., Есаян А.М. и др. Проблема оценки скорости клубочковой фильтрации в со-

временной нефрологии: новый индикатор –цистатин С // Нефрология. 2005. Т. 9. № 3. С. 16–27. [6]

8. Смирнов А.В., Седов В.М., Лхаахуу Од-Эрдэнэ и др. Снижение скорости клубочковой фильтрации как

независимый фактор риска сердечно-сосудистой болезни // Нефрология. 2006. Т. [6]

#### **Тұжырым**

### **ЖЕДЕЛ КОРОНАРЛЫ СИНДРОМ КЕЗІНДЕГІ БҮЙРЕКТІК ДИСФУНКЦИЯНЫҢ БОЛЖАМДЫҚ МАҢЫЗЫ**

**А.А. Чиньбаева, Ж.Б. Советхан**

Шұғыл түрде кардиологиялық бөлімге жатқызудың көп бөлігін жедел коронарлы синдромы бар науқастар құрайды. Жедел коронарлы синдромы бар науқастарда бүйрек жетіспеушілігі маркерлерінің мәні зор. Сондықтан, жедел коронарлы синдромының әр-түрлі формасы бар науқастарда, бүйрек жетіспеушілігі үлкен жастағы адамдарда қосымша артериальді гипертониямен қатар таралған.

#### **Summary**

### **PROGNOSTIC SIGNIFICANCE IN ACUTE CORONARY SYNDROME**

**A.A. Chinybayeva, Zh.B. Sovetkhan**

Most of the emergency admissions to cardiology hospital are patients with acute coronary syndrome. In the prognosis of patients with acute coronary syndrome, the value of markers of renal dysfunction plays an important role. Thus, renal dysfunction in patients with different forms of acute coronary syndrome is much common among the elderly, with concomitant hypertension.

**Поздравляем с Юбилеем!!!**

**Врач... Одна из самых благородных профессий. Профессия врача, как говорил А.П.Чехов, - это подвиг. «Она требует чистоты души и помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически».**

**Врач должен всегда быть добрым и милосердным, потому что дело, которым он занимается, облегчает страдания больного и спасает его от смерти. К врачам люди относятся всегда особо, они их ценят и уважают. В руках врача находится человеческая жизнь. Легче стать врачом, чем быть им. Врач - это не просто профессионал, это творец.**

В эти дни исполняется 50 лет одному из известных в нашем городе и за его пределами человеку, профессору Государственного медицинского университета города Семей, зав. кафедрой интернатуры по педиатрии Джаксальковой К.К.

Куляш Каликановна закончила с отличием в 1986 году педиатрический факультет Семипалатинского медицинского института. С 1986 по 1990 годы работала в практическом здравоохранении педиатром. В период с 1986-1988 гг. врачом-педиатром родильного отделения Шемонаихинской районной больницы. С 1988-1990 годы врачом-педиатром пульмонологического отделения Семипалатинской детской городской клинической больницы №2.

В 1990 году поступила в клиническую ординатуру на кафедру госпитальной педиатрии, после окончания которой с 1992 -1996 гг. работала на кафедре ассистентом. В 1994 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Состояние калликреин-кининовой и коагуляционной системы крови у недоношенных новорожденных с синдромом дыхательных расстройств». С 1996-1999 гг. докторантура на кафедре госпитальной педиатрии. В 2002 году защитила докторскую диссертацию на тему: «Особенности метаболизма у новорожденных с задержкой внутриутробного развития». Общий врачебный стаж работы - 26 лет, педагогический стаж более 20 лет. Имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Педиатрия».

Куляш Каликановна имела возможность неоднократно повысить свою квалификацию как за рубежом (США, Австрия, Израиль), так и в пределах республики. Все это способствовало становлению Джаксальковой К.К. не только как вдумчивого профессионала, но и как высококвалифицированного специалиста, постоянно внедряющего в практику здравоохранения новые достижения науки.

Джаксалькова К.К. является автором 150 научных работ, из них 1 монография, 4 методических пособия, 1 изобретение. Под ее руководством защищены 2 кандидатские диссертации.

Активно занимается общественной работой, является членом Ученого совета, членом УМС, членом КОП, членом клинического совета.

С 2003 года Джаксалькова К.К. заведует кафедрой интернатуры по педиатрии. За истекший период кафедра по основным разделам работы (учебная, методическая, научная, воспитательная, лечебная) занимает призовые места. Так, среди 36 кафедр и курсов академии по рейтингу по науке кафедра занимает 2-3 места. Активно ведется научно-исследовательская работа молодых ученых кафедры, о чем свидетельствует получение премии академика Балмуханова С.Б. и 2 Государственных научных стипендии для талантливых и молодых ученых Министерства науки РК. Является руководителем интернов, резидентов, магистранта.

Также под ее руководством и под руководством сотрудников кафедры врачи интерны педиатры, ежегодно участвуя в республиканских конкурсах «Лучший среди выпускников медицинских вузов Республики Казахстан» в течение 9 лет занимают призовые места. Проводит курсы повышения квалификации врачей. Активно внедряет инновационные методы обучения в учебный процесс. Постоянно консультирует тяжелых больных в педиатрическом отделении, отделении патологии новорожденных и реанимационное отделение МЦ ГМУ г. Семей, Перинатальном центре г. Семей и консультирует ЦМиР г. Усть-Каменогорска, реанимационное отделение УЧМК «Венера».

Джаксалькова К.К. пользуется заслуженным уважением преподавателей, коллег, больных, ее отличают добросовестность, инициативность, трудолюбие, организаторские способности, ответственное отношение к работе.

Истинный врач - это не тот, кто познал и глубоко изучил медицину, а тот, кто осознаёт свой долг перед людьми. В великом и неоплатном долгу все мы перед врачами, низко склоняем колени перед их мужеством, бесконечной добротой и нежностью.

И закончить слова благодарности к Куляш Каликановне мы хотим словами Эдуарда Асадова:

*...Врачи бывали разными всегда:  
Один пред трудной хворостью смирялся,  
Другой же не сдавался никогда  
И шел вперед. И бился и сражался!  
Горел, искал и в стужу и в грозу,  
Пусть не всегда победа улыбалась,  
И все же было. Чудо совершалось.  
И он счастливый смахивал слезу...  
Ведь копь не он - мечтатель и боец,  
И не его дерзання, ум и руки,*

*Каких высот достигли б мы в науке  
И где б мы сами были, наконец?!*  
*Нельзя на смерть с покорностью смотреть,  
Тем паче, где терять-то больше нечего,  
И как порою ни упряма смерть -  
Бесстрашно биться, смель и только смель!  
Сражаться ради счастья человеческого.  
Так славьтесь же на много поколений,  
Упрямыми сердцами горячи,  
Не знающие страха и сомнений  
Прекрасные и светлые врачи!*

**Коллектив кафедры интернатуры по педиатрии ГМУ г. Семей сердечно поздравляет Куляш Каликановну с юбилеем, желает ей крепкого здоровья, долгих лет жизни и творческих успехов в работе!**

## Мазмұны

### **Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау мекемесі**

<b>Т.К. Рахыпбеков, Ж.Б. Базарбек, М.В. Горемыкина, С.С. Кырықбаева</b>	<b>6</b>
«Саламатты Қазақстан» бағдарламасы бойынша Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесін қазіргі қайта құру шеңберінде шығыс қазақстан тұрғындарына жүргізілген скрининг тексерістер тиімділігі	
<b>А.К. Ситказинов</b>	<b>9</b>
Алғашқы медицина-санитарлық көмектің көкейкесті тұрғылары	
<b>Ж. Ибраева, З.А.Хисметова</b>	<b>12</b>
Қазақстандағы скринингтің бағдарламаларды заманауи кезеңде іске асыру	
<b>Мақалалар</b>	
<b>Л.Қ. Қаражанова, Д.Ә. Мұқанова, Ж.У. Кусегенова, А.М. Жанболатова</b>	<b>14</b>
Жедел бүйрек зақымдалуы. Заманауи диагностикалық және емдеу аспектілері	
<b>Л.К. Қаражанова, А.А. Чиныбаева, М.А. Капакова</b>	<b>18</b>
Өмірге қатерлі аритмиялар қаупі бар генетикалық синдромдар (каналопатиялар) диагностикасында ЭКГ-нің холтерлік мониторинглау	
<b>Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова</b>	<b>22</b>
Радиациялық әсерге тап болған адамдардың ішінде, қан айналым жүйесі ауруларын болжау тәсілдері, ерте диагностикалау, емдеу және профилактика	
<b>А.С. Керімқұлова, А.М. Маркабаева, А.Е. Нуржанова, Н.А. Жұмырбаева, М.К. Адиева, Б.Қ. Курмангажина, Н.С. Слямханова</b>	<b>25</b>
Выявление артериальной гипертонии в амбулаторных условиях	
<b>Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова, Г.Б. Батенова</b>	<b>27</b>
Атеросклероздың маңызды факторы және оның асқынуының медикаментозды емес коррекциясының дислипидемиясы	
<b>Л.И. Павлова, К.С. Калиева, Э.К. Ожмухаметова, М.И. Шерстобитова</b>	<b>28</b>
Жүрек миокардының жиырылу қызметіне аденозиннің әсері	
<b>А.С. Керімқұлова, А.М. Маркабаева, А.Е. Нуржанова, Н.А. Жұмырбаева, М.К. Адиева, Б.Қ. Курмангажина</b>	<b>30</b>
Особенности питания при метаболическом синдроме	
<b>Б.Х. Мусабаева, К.Б. Мурзагулова, Л.К. Оразжанова, А.Н. Сабитова</b>	<b>33</b>
Металдардың нанобөлшектері фармацияда және медицинада	
<b>Е.О. Масалимов, М.К. Сыздықбаев, М.Т. Аубакиров, Р.Ш. Саланбаев, Б.А. Исаханова, А.Д. Жаркимбаева, А.Д. Мукашева, С.Д. Мейрамгазы, Ж.К. Канапийнов</b>	<b>36</b>
Өңеш атрезиясы бар жана туған балаларды емдеуді жүргізу сурақтары	
<b>А.О. Мысаев, Т.А. Булегенов, Е.Е. Шершнев, Н.В. Изотова, Р.В. Лагно</b>	<b>39</b>
Қауыпсыз жол қозғалысы шарасында жүргізушілердің медико-әлеуметтік статусын анықтауға арналған құрал	
<b>Г.О. Ильдербаева, А.С. Аргынбекова, О.З. Ильдербаев, Д.Е. Узбеков</b>	<b>42</b>
Особенности иммунного ответа у крыс разного возраста при гамма-облучении	
<b>К.С. Игембаева, Р.С.Игембаева, Н.К. Селиханова, О.А. Горковенко, А.А. Измайлова, Н.В. Сушко, Л.И. Жунускалиева</b>	<b>44</b>
Өкпе туберкулезімен алғаш рет ауырған науқастардың жалғастырушы сатыдағы емінің нәтижесі	
<b>К.С. Игембаева, Р.С.Игембаева, О.А. Горковенко, Р.К. Бихиянова, Н.К. Селиханова, Л.И. Жунускалиева, А.А. Измаилова, Д.М. Кадырбаева</b>	<b>45</b>
Dots-plus тәсілімен комплексті емделген мультирезистентті өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың емінің нәтижесі	
<b>С.М. Адильгожина, М.С. Адильгожин, М.К. Исадилова, Ж.Т. Сабитов</b>	<b>47</b>
Псориазды Мометокспен емдеудің тиімділігі	
<b>А. Мергентай</b>	<b>49</b>
Анализ микробного пейзажа многопрофильных стационаров	
<b>Е.М. Смаил, И.Л. Кадышева, Б.Д. Даутканова</b>	<b>50</b>
Алматы қаласындағы сальмонеллездің эпидемиологиялық және бактериологиялық мінездемесі (Алматы қаласы И.Жакенова атындағы ҚКИА мәліметтері бойынша)	
<b>Ф.Г. Сайфуллина, С.К. Дукенова, А.К. Бекжанова, Н.М. Сапарғалиева, Б.Б. Кужахметова</b>	<b>52</b>
Вирустық энцефалит, сияқты герпетиялық инфекцияның ауыр ағысының айқында	
<b>А.А. Бекжигитова</b>	<b>55</b>
Общие смертные случаи и динамические особенности в некоторых не благополучных регионах	
<b>А.Қ. Мұхаметқалиева</b>	<b>57</b>
ҚР Денсаулық Сақтау министрлігінің «Сот медицина орталығы» РМҚК ШҚ филиалы химия-токсикология бөлімшесінің 2009-2011 жылдар аралығындағы жұмысының есептік талдауы	
<b>М.Т. Копбаева, Л.Ж. Жунусова, Э.Е. Сыдыкова, Ш.М. Косдаuletова</b>	<b>61</b>
Вектор – системасын қызылиектің қабынуын емдеуге пайдаланудың клиника-лабораториялық дәлелдемесі	
<b>А.А. Алмағамбетова, М.Г. Раимова, Р.М. Байжуманова, Г.К. Алтыбаева</b>	<b>64</b>
Жүйке-психикалық бұзылыстардағы топтық психотерапияның тиімділігі	



<b>Тұңғыш Президент күніне арналған «Қазіргі заман медицинасының өзекті мәселелері» атты ғылыми – тәжірибелік жас ғалымдар конференциясының материалдары</b>	
<b>А.О. Аймагамбетова</b>	<b>68</b>
ST сегментінің көтерілуімен жүретін жедел миокард инфаркты кезіндегі цитокиндік статуска тромболитикалық терапияның тигізетін әсері	
<b>А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, А.Б. Ахметбаева, А.Т. Токенбаева, А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.С. Жабагина</b>	<b>70</b>
Қалыптан тыс күштің әсерінен сүйек сынуының клиникалық-рентгенологиялық көрінісі	
<b>А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, А.В. Рахимбеков, К.В. Тимофеева</b>	<b>73</b>
Бас миының органогенезінің бұзылуын визуализация арқылы зерттеу	
<b>А.К. Ахметбаева, А.А. Янченко, Н.Т. Масалимова, А.В. Рахимбеков, Ж. Турсынканова, А. Мухамедова</b>	<b>76</b>
Бедеулік себептерін зерттеудегі гистеросальпингография	
<b>С.Е. Беззубенко</b>	<b>81</b>
Соқыр ішектің құрт тәрізді өсіндісіне қабынуындағы емдеу тактикасына ғылыми негізделген технологияларды енгізу	
<b>Н.Е. Глушкова</b>	<b>83</b>
Шет тілі бөлімінің студенттерінің -әлеуметтік қызметтер алуына әсер ететін факторлар	
<b>М.В. Горемыкина, О.П. Цигенгаль</b>	<b>86</b>
Дәрігердің құқықтық қорғанысы бар ма?	
<b>М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлюбаева, А.С. Тлемисов, М. Тлемисова, Д.Г. Тусмагамбетова, Ж.Т. Алимбаева</b>	<b>88</b>
Оценка качества перинатальной помощи в городе Семей	
<b>А.А. Дюсупова</b>	<b>89</b>
Шұғыл жағдайларды инфузионды емдеу кезінде орталық көктамыр қысымы	
<b>А.А. Дюсупова, А.М. Досбаева, С.Б. Амангельдинова, Н.С. Зготова, К.А. Сеилханова, В.Т. Ахметова, Г.Ж. Акимбаева</b>	<b>91</b>
Инфузия - трансфузиялық терапия және орталық және өкпе гемодинамикасына баға беру	
<b>М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, О.А. Юрковская, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева</b>	<b>92</b>
Тиреоидты патология кезіндегі климактериялық жастағы әйелдердің сүт бездерінің дистогормоналды аурулары	
<b>Ж.О. Жақиянова, А.С. Күдербаева</b>	<b>96</b>
Созылмалы іріңді отит науқастың ортаңғы құлағының микрофлорасын бағалау және эндовидео диагностикасының ерекшелігі	
<b>А.К. Жанатбекова</b>	<b>97</b>
Артериальды гипертензияның молекулярлі-генетикалық негіздері	
<b>А.С. Жунуспекова</b>	<b>100</b>
Семей қаласындағы артериальды гипертония мектебін ұйымдастыру	
<b>Ж.К. Заманбекова, М.Ж. Еспенбетова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, О.А. Юрковская</b>	<b>102</b>
Репродуктивті жастағы әйелдердің сүт бездерінің дисгормоналды ауруларын емдеудегі фитотерапия	
<b>А.М. Ысқақова, М.В. Горемыкина, С.С. Қырықбаева</b>	<b>104</b>
Корсетілетін амбулаторлы- поликлиникалық көмектің сапасы жайлы Семей қаласының тұрғындарының көзқарасын анықтау анализі	
<b>К.У. Кембаева, А.А. Алтынбекова</b>	<b>106</b>
Жер асты суларына техногенді әсердің сыйпаты	
<b>А.Е. Кожаханова</b>	<b>109</b>
Семей қаласында дене салмағы төмен шала туған нәрестелердің қауіптілік ықпалдары	
<b>Л.Ғ. Қожекенова</b>	<b>111</b>
Кардиологиялық көмек сапасын қамтамасыз ету концепциясы	
<b>Д.Б. Қозубаева, Х.С. Жетписбаева, О.З. Ильдербаев, Н.К. Кудайбергенова</b>	<b>113</b>
Эффективность действия фитопрепарата на иммунный статус организма, подвергавшегося к сочетанному воздействию радиации 6 Гр и асбестовой пыли	
<b>Н.К. Кудайбергенова, Г.Ж. Абдрахманова</b>	<b>115</b>
Балалардағы атопиялық дерматиттің емінде мометоксті тәжірибе жүзінде қолдану	
<b>Н.К. Кудайбергенова, Г.Ж. Абдрахманова, Х.С. Жетписбаева, Д.Б. Козубаева</b>	<b>117</b>
Аллергиялық дерматоздарды емдеу кезінде ролинозді қолдану	
<b>Л.Б. Қурманғалиева, Г.Д. Довгаль, А.Е. Ислямова</b>	<b>118</b>
Семей қаласы бойынша сальмонеллез кезіндегі алдын алу шаралары мен эпидемияға қарсы іс-шаралары	
<b>Л.Б. Қурманғалиева, Г.Д. Довгаль, А.Е. Ислямова</b>	<b>120</b>
Семей қаласы бойынша 2011 ж. сальмонеллездың эпидемиологиялық жағдайы	
<b>З.А. Манамбаева, И.М. Иманбаева, А.С. Рымбаева, Л.А. Пак</b>	<b>123</b>
Жатыр денесінің обырының қатерсіз ісік кезіндегі тіндік иммунитет факторлары	
<b>З.А. Манамбаева, Б.А. Апсаликов, К.Т. Жабагин, Е.А. Оспанов, К.Ж. Камзин</b>	<b>124</b>
Өкпе ісігіне сәулелі терапия нәтижелері және предукталды қолдану	
<b>З.А. Манамбаева, Б.А. Апсаликов, Е.А. Оспанов, А.Ж. Қажитаев</b>	<b>125</b>
Сүт безінің обырының сүйектерге коптеген метастаз емдеудегі бисфосфонат қолдану тиімділігі	

<b>З.А. Манамбаева, М.А. Мусульманова, А. Бауржан, К.Б. Оспанова, А.М. Кажитаев</b>	126
Овариалдық обыр спецификалық терапия кезінде иммунитет жүйесіндегі кейбір өзгерістер	
<b>З.А. Манамбаева, Н.Ю. Карнакова, М.Ж. Байжуманов, Л.А. Пак, А.С. Рымбаева</b>	128
Жатыр мойны обыры мен жүйелік энзимопатия сәулелік емдеу барысындағы гемокоагуляция өзгерістері	
<b>Т.М. Молдағалиев, Н.Н. Оспанова</b>	129
Патопсихологиялық талдау және Семей полигонында өткізілген ядролық қару сынақтарының нәтижесінде Шығыс-Қазақстан облысы халқының арасында радиациялық әсерге душар болған психикалық бұзушылықтың объективизациясы	
<b>М.Н. Мусин, К.С. Калиева</b>	132
Медициналық тәжірибеде пирролдық қосылыстарды қолдану мүмкіндігі	
<b>Д.С. Мусина, У.С. Самарова</b>	134
Республикалық және аймақтық деңгейде ақысыз медициналық көмектің кепілді көлемінің шегінде жүргізілетін жоспарлы госпитализация	
<b>А.О. Мысаев, А.С. Мусабеков, А.Н. Разиев, С.М. Аскаров</b>	135
Жол-көлік оқиғасынан жарақат алған науқастарға алғашқы медициналық көмек көрсетілуінің талдауы (аралық нәтижелер)	
<b>В.А. Новикова, К.Ж. Койшыбаева, Г.Т. Камашева</b>	138
Жиі ауыратын балалардың таралу жиілігі мен клиникалық сипаттамасы	
<b>М.Т. Нургазин, З.А. Манамбаева, Д.Т. Раисов, М.А. Мусульманова, Р.Р. Туктабаева</b>	139
Диффузды мастопатиясының комплексі терапия құрамында қолданылған иммундық емдеу қолдану нәтижелері	
<b>С.К. Нуртазина, Ш.Е. Токанова, З.Ж. Абдильдина</b>	140
Мектеп оқушыларының тиімді тамақтануы - болашақта елдің сау ұрпағы	
<b>Н.Р. Рахметов, В.Г. Лубянский, Е.М. Асылбеков, Н.Б. Омаров</b>	142
Ұлтабардың перфоративті ойық жарасын кіші инвазивті эндохирургиялық емдеу әдістері	
<b>Т.К. Рахыпбеков, Н.М. Елисинова, А. Абешова</b>	143
Балаларды сәбилер үйі мен балалар үйіне беру себептері және онда тәрбиелену ұзақтығы	
<b>Т.К. Рахыпбеков, Н.М. Елисинова, Ю.М. Семенова</b>	145
Балалар үйі және сәбилер үйінің тәрбиеленушілерінің жанұяларындағы отбасылық сәтсіздіктің белгілері	
<b>Т.К. Рахыпбеков, А.М. Елисинова, Ю.М. Семенова</b>	148
2009 – 2010 ж.ж. аралығында Шығыс Қазақстан облысы балаларының нерв жүйесінің ауруларына байланысты туындаған біріншілік мүгедектің анализі	
<b>У.С. Самарова, Д.М. Битебаева</b>	149
Әлеуметтік факторлардың мектеп оқушыларының денсаулығына әсер етуі	
<b>М.Н. Сандыбаев, З.А. Манамбаева, К.Т. Жабагин, А. Бауржан, К.Ж. Камзин</b>	151
Шығыс-Қазақстанның облысының Семей өңіріндегі қатерлі ісік ауру жиілігі	
<b>С.З. Танатаров, А.С. Байсалбаева, Р.Р. Туктабаева</b>	152
Асқазан мен жұтқыншақ оталанған науқастардың ерте постоперациялық бұзылыстардың алдын алу	
<b>С.З. Танатаров, А.С. Байсалбаева, Б.К. Қуанова, А.О. Сагнаева</b>	154
Асқазан және өңеш қатерлі ісіктерімен ауырған науқастардағы хирургиялық ем барысында гепатопияның алдын алудағы гамма-глутамилтранспептидаза белсенділігі	
<b>Б.Ж. Токтабаева, Р.М. Қисина</b>	155
Оценка уровня развития профессиональной компетентности у будущих медицинских сестер с высшим образованием	
<b>Б.Ж. Токтабаева, А.М. Шарапиева</b>	157
Социально-гигиеническая характеристика медицинских сестер города Семей	
<b>Т.Б. Тулеутаев, Н.Р. Рахметов, Б. Бизолдина, Н. Еспаева, К. Цесько, Н. Мустафина</b>	158
Механикалық сарғаюмен асқынған созылмалы калькулезді холециститтің интенсивті терапиясы	
<b>Д.Е. Узбеков, О.З. Ильдербаев, М.Р. Мадиева, С.Е. Узбекова</b>	159
Состояние перекисного окисления липидов в иммунокомпетентных органах у крыс подвергнутых гамма-облучению	
<b>М.М. Уразалин, Ы.О. Кайрханова, Б.К. Рахимжанова, А.К. Оразбаева</b>	161
Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в городе Семей в 2002-2011 гг.	
<b>А.М. Уразалин, М.Т. Нургазин, К.Т. Жабагин, М.Ж. Байжуманов, К.В. Тимофеева, К.Б. Оспанова</b>	162
2011 жылы өткізілген маммографиялық скринингінің нәтижелері	
<b>З.А. Хисметова, К.Т. Турлыбекова</b>	163
Студенттің денсаулық мәселелері және оның қалыптасуына әсер ететін факторлар	
<b>А.А. Чиныбаева, Ж.Б. Советхан</b>	165
Жедел коронарлы синдром кезіндегі бүйректік дисфункцияның болжамдық маңызы	
<b>Мерейтой</b>	167
Джасалықова Куляш Каликанқызы. 50-жылдығына арналған	

## Content

<b>Health organization the Republic of Kazakhstan</b>	
<b>T.K. Rahypbekov, Zh.B. Bazarbek, M.V. Goremykina, S.S. Kyrykbaeva</b>	6
Efficiency screening examinations the East Kazakhstan population within the framework of reforming of public health system of the Republic of Kazakhstan on program «Salamatty Kazakhstan»	
<b>A.K. Sitkazinov</b>	9
Actual aspects of primary medical sanitary care	
<b>Zh. Ibraeva, Z.A. Hismetova</b>	12
Realization of screening programmes in kazakhstan at the present stage	
<b>Articles</b>	
<b>L.K. Karazhanova, D.A. Mukanova, Zh.U. Kusegenova, A.M. Zhanbolatova</b>	14
Acute kidney injury. Modern aspects of diagnosis and treatment	
<b>L.K. Karazhanova, A.A. Chinybaeva, M.A. Kapakova</b>	18
Role of choller ECG monitoring in the diagnosis of genetic syndromes (channelopathies) with the risk of life-threatening arrhythmias	
<b>Л.М. Пивина, А.С. Керимкулова</b>	22
Разработка методов прогнозирования, ранней диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения среди лиц, подвергшихся радиационному воздействию	
<b>A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, A.E. Nurzhanova, N.F. Zhumurbaeva, M.K. Adiyeva, B.K. Kurmangazhina, N.S. Slyamhanova</b>	25
Detection of hypertension in outpatient settings	
<b>L.M. Pivina, A.S. Kerimkulova, G.B. Batenova</b>	27
Nonmedicamentous correction of dyslipidemia as important factor in prevention of atherosclerosis and its complications	
<b>L.I. Pavlova, K.S. Kaliyeva, E.K. Ozhammetova, M.I. Sherstobitova</b>	28
Contractility of heart muscle: role of adenosine	
<b>A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, A.E. Nurzhanova, N.F. Zhumurbaeva, M.K. Adiyeva, B.K. Kurmangazhina</b>	30
Feeding of the metabolic syndrome	
<b>B.H. Musabaeva, K.B. Murzagulova, L.K. Oraszhanova, A.N. Sabitova</b>	33
Nano-particles of metals in medicine and pharmacy	
<b>E.O. Massalimov, M.K. Syzdykbayev, M.T. Aubakirov, R.Ch. Salambayev, B.A. Isakhanova, A.D. Zharkimbayeva, A.D. Mukasheva, S.D. Meiramgazy, Zh.K. Kanapiyanov</b>	36
To the organization of treatment of newborns with esophageal atresia	
<b>A.O. Myssayev, T.A. Bulegenov, E.E. Shershnev, N.V. Izotova, R.V. Lagno</b>	39
Tool for determination of medical and social status of drivers in road safety campaign	
<b>G. Ilderbayeva, A. Argynbekova, O. Ilderbayev, D. Uzbekov</b>	42
Features of immune response in rats at different ages of gamma-irradiation	
<b>K.S. Igambaeva, R.S. Igambaeva, N.K. Selihanova, O.A. Gorkovenko, A.A. Izmailova, N.V. Sushko, L.I. Zhunuskaliyeva</b>	44
The results of supporting phase of therapy the sick persons with first revealed tuberculosis of lungs	
<b>K.S. Igambaeva, R.S. Igambaeva, O.A. Gorkovenko, R.C. Bihiaynova, N.K. Selihanova, L.I. Zhunuskaliyeva, A.A. Izmailova, D.M. Kadyrbaeva</b>	45
Efficiency of complex therapy at the treatment of sick persons with multiresistant tuberculosis in dots-plus mode	
<b>S.M. Adilgozhina, M.S. Adilgozhina, M.K. Isadilova, Zh.T. Sabitov</b>	47
Effectiveness of drug "Mometox" in psoriasis	
<b>A. Mergentay</b>	49
Analysis of the microbial landscape of multi-hospital	
<b>E.M. Smail, I.L. Kadysheva, B.D. Dautkanova</b>	50
Epidemiological and bacteriological characteristics of salmonellosis in Almaty (according to the I. Zhakenova MCID, Almaty)	
<b>F.G. Saifullina, S.K. Dukenova, A.K. Bekzhanova, N.M. Sapargaliyeva, B.B. Kuzhakhmetova</b>	52
Viral encephalitis as a manifestation severe course of herpetic infection	
<b>A.A. Bekzhigitova</b>	55
Dynamics of the incidence and causes of mortality of the Semipalatinsk region	
<b>A.K. Muhametkaliyeva</b>	57
The analysis of work of chemical-toxicological branch of East Kazakhstan branch of «CFM» of MH RK for 2009-2011	
<b>M.T. Kopbaeva, L.Zh. Zhunusova, E.E. Sydykova, Sh.M. Kosdauletova</b>	61
Clinical laboratory rationale treatment of periodontitis using a Vector-systems	
<b>A.A. Almagambetova, M.G. Raimova, R.M. Bayzhumanova, G.K. Altybayeva</b>	64
Effectiveness of group therapy in neuropsychiatric disorders	

<b>Materials of the scientific and practical conference of young scientists of Semey State Medical University "Actual problems of modern medicine", dedicated to the Day of the First President of the Republic of Kazakhstan</b>	
<b>A.O. Aimagambetova</b>	68
Action of thrombolytic therapy on cytokine status of patients with acute myocardial infarction with ST segment elevation	
<b>A.K. Akhmetbayeva, A.A. Yanchenko, A.B. Akhmetbayeva, A.T. Tokembayeva, A.B. Rakhimbekov, N.M. Edilkanova, A.S. Zhabagina</b>	70
Clinicoradiological appearance of stress fractures	
<b>A.K. Akhmetbayeva, A.A. Yanchenko, A.B. Rakhimbekov, K.V. Timofeeva</b>	73
Diagnose pathology of brain organogenesis	
<b>A.K. Akhmetbayeva, A.A. Yanchenko, N.T. Masalimova, A.V. Rakhimbekov, Zh. Tursynkanova, A. Mukhamedova</b>	76
Hysterosalpingography in infertility diagnostics	
<b>S.Ye. Bezzubenko</b>	81
Implementation of nano-based technologies to optimize treatment strategy with the inflammation of the appendix cecum	
<b>N.Ye. Glushkova</b>	83
Factors affecting access to medical and social services of foreign students	
<b>M.V. Goremykina, O.P. Tsigengagel</b>	86
Whether the doctor has legal protection?	
<b>M.A. Dauletyarova, G.Zh. Kaylyubayeva, A.S. Tlemisov, M. Tlemisova, D.G. Tusmagambetova, Zh.T. Alimbayeva</b>	88
Assessment of the quality of perinatal care in Semey	
<b>A.A. Dyusupova</b>	89
Central venous pressure during the infusion therapy of emergency conditions	
<b>A.A. Dyusupova, A.M. Dosbayeva, S.B. Amangeldinova, N.S. Zgotova, K.A. Seilkhanova, V.T. Ahmetov, G.Zh. Akimbayeva</b>	91
Infusion-transfusion therapy and assessment of the state of central and pulmonary hemodynamics	
<b>M.Zh. Yespenbetova, Zh.K. Zamanbekova, O.Yu. Yurkovskaya, Zh.M. Zhumanbayeva, A.M. Dosbayeva</b>	92
Dyshormonal diseases of mammary cancer in women climacteric age on the background of thyroid pathology	
<b>Zh.O. Zhakiyanova, A.S. Kuderbayeva</b>	96
Especially of endovideo diagnosis and assessment of microflora in patients with chronic middle ear purulent otitis	
<b>A.K. Zhanatbekova</b>	97
Molecular genetic basis of arterial hypertension	
<b>A.S. Zhunuspekova</b>	100
Organization of school of arterial hypertension in Semey	
<b>Zh.K. Zamanbekova, M.Zh. Espenbetova, Zh.M. Zhumanbayeva, A.M. Dosbayeva, O.A. Yurkovskaya</b>	102
Phytotherapy in treatment of dishormonal hyperplasias of mammary cancer in women of reproductive age	
<b>A.M. Iskakova, M.V. Goremykina, S.S. Kyrykbaeva</b>	104
The analysis of Semey population's opinion study about the quality of ambulatory polyclinic care rendering	
<b>K.U. Kembayeva, A.A. Altynbekova</b>	106
Characteristics of industrial influence on groundwater	
<b>A.E. Kozhakhanova</b>	109
Risks of factor at children with small weight category	
<b>Л.Г. Кожекенова</b>	111
Концепция обеспечения качества кардиологической помощи	
<b>D.B. Kozubayeva, H.S. Zhetpisbayev, O.Z. Ilderbayev, N.K. Kudaybergenova</b>	113
Affectivity of fitosubstantion activity to immunological state of organism addicted by combined activity of 6 Gr radiation and asbestos dust	
<b>N.K. Kudaybergenova, G.Zh. Abdrakhmanova</b>	115
Experience of using of mometoks at the treatment of children with atopic dermatitis	
<b>N.K. Kudaybergenova, G.Zh. Abdrakhmanova, H.S. Zhetpisbayeva, D.B. Kozubayeva</b>	117
Rolinoz in the treatment of allergic dermatosis	
<b>L.B. Kurmangaliyeva, G.D. Dovgal, A.E. Islyamova</b>	118
Preventive and anti-epidemic measures in salmonellosis in Semey	
<b>L.B. Kurmangaliyeva, G.D. Dovgal, A.E. Islyamova</b>	120
Epidemiology of salmonellosis in 2011, in the conditions in a Semey city	
<b>Z.A. Manambayeva, I.M. Imanbayeva, A.S. Rymbayeva, L.A. Pak</b>	123
Immunity tissue factors in benign tumors of uterine body cancer	

<b>Z.A. Manambayeva, B.A. Apsalikov, K.T. Zhabagin, E.A. Ospanov, K.Zh. Kamzin</b> Results of preductal usage and radiotherapy at lung cancer	124
<b>Z.A. Manambayeva, B.A. Apsalikov, E.A. Ospanov, A.Zh. Kazhitayev</b> Effectivity of bisphosphonate usage in bone metastasis' of mammary gland tumor	125
<b>Z.A. Manambayeva, M.A. Musulmanova, A. Baurzhan, K.B. Ospanova, A.M. Kazhitayev</b> Some changes of immune system in specific therapy of ovarian cancer	126
<b>Z.A. Manambayeva, N.Yu. Karnakova, M.Zh. Bayzhumanov, L.A. Pak, A.S. Rymbayeva</b> Hemocoagulation changes in radiotherapy of uterine cervix cancer and systemic enzymopathy	128
<b>T.M. Moldagaliyev, N.N. Ospanova</b> The pathopsychological analysis and objectification of mental infringements among the East Kazakhstan area population, suffered from radiating influence as a result of nuclear weapon tests for Semey region	129
<b>M.N. Musin, K.S. Kaliyekova</b> Ability of pirrole compounds usage in medical	132
<b>D.S. Mussina, U.S. Samarova</b> Planned hospitalization on republican and regional levels within the framework of the assured volume of medical care	134
<b>A.O. Myssayev, A.S. Musabekov, A.N. Raziev, S.M. Askarov</b> Analysis of first aid for the victims of road traffic accidents (preliminary results)	135
<b>V.A. Novikova, K.Zh. Koyshtayeva, G.T. Kamasheva</b> Prevalence and clinical characteristics of frequent ill children of Semey city	138
<b>M.T. Nurgazin, Z.A. Manambayeva, D.T. Raisov, M.A. Musulmanova, R.R. Tuktabayeva</b> Results of immune correction usage in complex therapy of diffuse mastopathy	139
<b>S.K. Nurtazina, Sh.Ye. Tokanova, Z.Zh. Abdildina</b> The balanced diet of school students is a healthy generation of the country in the future	140
<b>N.R. Rakhmetov, V.G. Lubyansky, E.M. Asylbekov, N.B. Omarov</b> Mini-invasive endosurgical methods of treatment of a perforative ulcer of duodenum	142
<b>T.K. Rakhypbekov, N.M. Elisinova, A. Abeshova</b> The reasons of placing children in the orphanage and the period of stay there	143
<b>T.K. Rakhypbekov, N.M. Elissinova, Yu.M. Semenova</b> The signs of ill-being in families of children of the orphanages	145
<b>T.K. Rakhypbekov, A.M. Elissinova, Yu.M. Semenova</b> Analysis of primary disability due to nervous system diseases in children in the East Kazakhstan area for 2009-2010	148
<b>U.S. Samarova, D.M. Bitebayeva</b> Influence of social factors on health of school students	149
<b>M.N. Sandybayev, Z.A. Manambayeva, K.T. Zhabagin, A. Baurzhan, K.Zh. Kamzin</b> Morbidity of malignant tumors in Semey region of East Kazakhstan	151
<b>S.Z. Tanatarov, A.S. Baysalbayeva, R.R. Tuktabayeva</b> Prevention of early postoperative infringements in patients with operated stomach and esophagus	152
<b>S.Z. Tanatarov, A.S. Baysalbayeva, B.K. Kuanova, A.O. Sagnayeva</b> Activity of enzyme gamma-glutamyltranspeptidase in prevention of hepatopathy with heptral at operations on stomach and esophagus	154
<b>B.Zh. Toktabayeva, R.M. Kisina</b> Assessment of the formation level of professional competence of future nurses with higher education	155
<b>B.Zh. Toktabayeva, A.M. Sharapiyeva</b> Social-hygienic characteristics of nurses Semey city	157
<b>T.B. Tuleutayev, N.R. Rakhmetov, B Bizoldina, N. Espayev, K.Tsesko, N. Mustafin</b> Intensive therapy of calculous cholecystitis complicated mechanical obstruction	158
<b>D.Ye. Uzbekov, O.Z. Ilderbayev, M.R. Madiyeva, S.E. Uzbekova</b> State of lipid peroxidation in immunocompetent organs of rats exposed to gamma-irradiation	159
<b>M.M. Urazalin, Y.O. Kaiyrhanova, B.K. Rakhimzhanova, A.K. Orazbayeva</b> Dynamics of the incidence of sexually transmitted infections, in Semey city in 2002-2011 years	161
<b>A.M. Urazalin, M.T. Nurgazin, K.T. Zhabagin, M.Zh. Baizhumanov, K.V. Timofeyeva, K.B. Ospanova</b> Results of mammographic screening in 2011y	162
<b>Z.A. Khismetova, K.D. Turlybekova</b> Problems of health of the student and factors influencing his formation	163
<b>A.A. Chinybayeva, Zh.B. Sovetkhan</b> Prognostic significance in acute coronary syndrome	165
<b>Anniversary</b> Dzhaksalykova Kulyash Kalikanovna. 50th anniversary	167

**Государственный медицинский университет г.Семей**

**071400, г. Семей, ул. Абая, 103.**

**Подписано в печать 29.10.2012 г.**

**Формат А4. Объем 23,1 усл.п.л. Тираж 500 экз.**