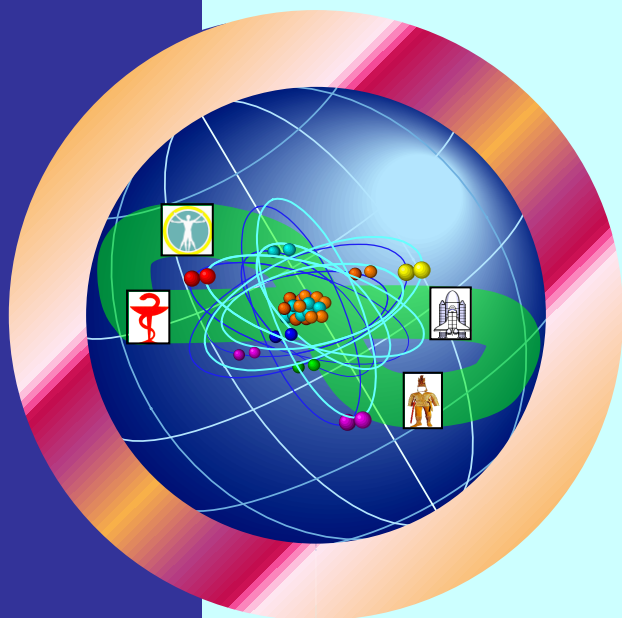




Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



3' 2010

ТОМ 2

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
ежеквартальный журнал

№ 3 (том 2) 2010 г.

Журнал основан в 1999 г.

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

Учредитель:
Государственный
медицинский университет
г. Семей

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

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

РНН 511700014852
ИИК KZ416010261000020202
БИК HSBKKZKX
Региональный филиал «Семей»
269900

АО «Народный банк
Казахстана», г. Семей
КБЕ 16
БИН 990340008684
КБЕ 16

Технический секретарь
Сапаргалиева Э.Ф.

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

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии
Государственного
медицинского университета
г. Семей

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

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

Редакционный совет:

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

Редакционная коллегия:

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

Содержание

А.М. Токешева	129
Результаты определения тиреоидного объема при солитарной форме узловой патологии щитовидной железы у жителей Семипалатинского региона	
А.А. Касымжанова	130
Биологические свойства сальмонелл, выделенных у больных сальмонеллезом в городе Семей	
А.С. Масадыков	131
Способ восстановления возвратного гортанного нерва при повреждениях с использованием каркаса из никелида титана	
Г.Г. Васьковский	133
Результаты склеротерапии доброкачественных узлов щитовидной железы препаратом полидоканол 3%	
Н.Е. Берикханов	135
Эффективность использования «Лаоджана» при лечении гнойных ран мягких тканей	
Ж.Ш. Жумадилов, А.Ж. Бекбосынов	137
Методика определения риска развития острых нарушений мозгового кровообращения и ее практическое применение	
А.А. Калкенова, Т.К. Рахыпбеков	141
Коррекция факторов риска хронических неэпидемических заболеваний у сотрудников органов внутренних дел	
С.И. Ботабаев, Е.А. Мукушев, А.Ж. Бекбосынов, Т.Б. Кисаменов, М.К. Кирпин, Е.Д. Кыркымбаев	145
Способ лечения субкомпенсированной артериальной недостаточности нижних конечностей	
Н.Е. Берикханов	148
Современные принципы лечения парапроктита	
Ж.М. Жуманбаева	150
Семей қаласында ересек тұрғындар арасындағы қантты диабеттің 2-түрі мен инсулинрезистенттіліктің таралуы	
А.С. Масадыков	152
Школа гипотиреоза и ее роль в обучении больных с тиреоидной патологией и подготовке врачей	
Ж.М. Жуманбаева, М.Ж. Еспенбетова	155
Семей қаласындағы қантты диабетпен ауыратын науқастарды кезең бойынша талдау (2000-2009 жж)	
Ж.Ш. Нуразханова, Е.А. Кадырова	156
Этапы внедрения инновационных диагностических и лечебных технологий в РГП «ННМЦ»	
Т.А. Адылханов, А.А. Жакипова	159
Характеристика информативности цитологических исследований в диагностике новообразований молочной железы	
Г.М. Изтлеуова	161
Фармакологический эффект масляных экстрактов лопуха, крапивы и липоевой кислоты при токсическом хромовом поражении почек в эксперименте	
Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова	163
Оценка показателей гемореологии у больных с инсультом	
Е.А. Кадырова, Ж.Ш. Нуразханова	163
История становления и результаты внедрения СМК	
А.А. Жакипова	167
Анализ экономической эффективности цитологических исследований с окраской по методу Папаниколау в ранней диагностике новообразований молочной железы	
М.К. Изтлеуов, Н.М. Мавлюдова, Г.М. Изтлеуова, Е.М. Изтлеуов	169
Влияние липоевой кислоты, масляных экстрактов лопуха и крапивы на течение индуцированной хромом нефропатии	
А.С. Масадыков	172
Қалқанша без ауруларымен сырқаттанған науқастардағы өмір сүру сапасын жақсартудың маңызын арттыру	
Қ.Е. Жарылқасынов	173
Хром қосындысының ішперде ішілік әсері кезіндегі пейер табақшаларындағы және шажырқай лимфа түйіндеріндегі өзгерістер	
Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова	175
Роль артериальной гипертензии как индикатора цереброваскулярной патологии	
З.Г. Хамидуллина	176
Морфологические особенности послета и плацентарного ложа матки при инфекционно-воспалительных осложнениях после операции кесарево сечение	
Қ.Е. Жарылқасынов	180
Пейер табақшаларының микроорганизмдердің құрылымдарының жасушалық құрамының химиялық әсерлерге байланысты өзгерістері	

Л.Г. Тургунова	182
Анемии неясного генеза на стационарном этапе	
Г.Д. Абильмажинова	184
Вопросы коррекции дислипидемий у женщин с мелкоочаговым инфарктом миокарда	
А.К. Мукажанова	187
Климато-географическая и социально-экономическая характеристика района падения отделяющихся частей ракетносителя «Протон-М» на территории Курчумского района	
С.З. Танатаров, Р.К. Жакупов, М.Н. Сандыбаев, О.К. Азилханов, О.Т. Ходжимов, Д.А. Есболатов	190
Комбинированный наркоз с использованием парацетамола при расширенных операциях	
А.К. Мукажанова	192
Современные формы организации и классификация систем мониторинга окружающей среды	
А.К. Жанатбекова, Л.К. Каражанова	193
Роль простагландинов в патогенезе резистентной артериальной гипертонии	
Ж.Е. Комекбай, Т.Ж. Умбетов	195
Динамика содержание клеток в функциональных зонах брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлов в перинатальный период развития	
А.А. Рамазанова, Г.А. Журабекова, Н.М. Мавлюдова, Н.А. Нугманова	197
Морфологические особенности гепатопротекторных свойств экстракта из корней девясила при лекарственной интоксикации	
С.А. Кабылова, Ж.Е. Акылжанова	200
Факторы риска снижения минеральной плотности костной ткани у женщин репродуктивного возраста павлодарской области	
М.К. Жаналиева	204
Жынысына байланысты адам несепағары мен қуығының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түзілістері	
Ж.Е. Акылжанова, С.А. Кабылова	206
Медико-экономические характеристики профилактики и коррекции остеопенического синдрома у женщин репродуктивного возраста	
К.Б. Шегірбаева	211
Ірі өнеркәсіптік аймақ халқының денсаулығын қалыптастырудың әлеуметтік-экономикалық аспектілері	
А.К. Мусаханова, Ж.Б. Базарбек, Н.М. Елемесова, О.В. Шишкина, З.Ж. Абдильдина	213
Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в Восточно-Казахстанской области	
К.Б. Шегірбаева	216
Халық денсаулығына әсер ететін факторлар туралы өнеркәсіптік аймақтар халқының пікірлерін сараптамалық бағалау	
Г.Д. Абильмажинова	218
Гипергомоцистеинемия как фактор риска инфаркта миокарда у женщин	
К.Р. Акильжанов, А.З. Дюсупов	220
Лечение переломов пяточной кости методом чрескостного остеосинтеза при производственном и бытовом травматизме	
Вопросы медицинского образования	
Ж.Қ. Смаилова, Т.Қ. Рахыпбеков, Л.Қ. Қаражанова	224
Жоғары медициналық білім беру ұйымдарында мамандарды дайындаудағы құзыреттілік тұрғының тенденциялары мен болашағы	
Ж.К. Смаилова, Л.К. Каражанова, Е.С. Кулұспаев	228
Применение современных образовательных технологий в формировании профессиональной компетентности врачей - интернов	

УДК 616.441-071(574.42)

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИРЕОИДНОГО ОБЪЕМА ПРИ СОЛИТАРНОЙ ФОРМЕ УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА

А.М. Токешева

Государственный медицинский университет г.Семей

Неуклонный рост патологии щитовидной железы (ЩЖ), в том числе узловых форм, повышает актуальность проблемы диагностики и лечения тиреоидных заболеваний [1,2,3,4]. Использование УЗИ в настоящее время рассматривается как один из базисных методов диагностики узловой тиреоидной патологии, позволяющих определить размеры ЩЖ и степень ее увеличения, количество и размеры узлов, а также осуществлять динамическое наблюдение за объемом органа и узла при лечении и в послеоперационный период [4,5].

Цель нашего исследования заключалась в определении тиреоидного объема при солитарном узловом поражении ЩЖ у жителей Семипалатинского региона.

Материал и методы исследования. Обследовано 110 человек с единственным узловым образованием ЩЖ (из них мужчин 28, женщин 82), постоянно проживающих в населенных пунктах региона Семипалатинского ядерного полигона Большая Владимировка, Долонь, Канонерка с периода проведения наземных ядерных испытаний (1949 года рождения и ранее). У каждого больного определялся объем ЩЖ с помощью УЗИ, проводимого на аппарате EUB-405 фирмы Hitachi, по формуле J.Brunn с учетом коэффициента эллипсоидности 0,479.

Результаты и обсуждение. Таблица 1 отражает результаты определения тиреоидного объема у обследованных больных.

Таблица 1. - Показатели тиреоидного объема у больных с солитарной формой узловой патологии ЩЖ ($M \pm m$, см³)

Больные лица	Село Большая Владимировка	Село Долонь	Село Канонерка
Больные с узловой патологией ЩЖ	9,547±0,952 (n=28)	9,898±0,845 (n=28)	10,325±1,377 (n=54)
Женщины с узловой патологией ЩЖ	9,019±0,552 (n=27)	9,004±1,038 (n=16)	9,489±1,719 (n=39)
Мужчины с узловой патологией ЩЖ	23,797 (n=1)	11,090±1,290 (n=12)	12,500±1,069 (n=15)

Как следует из таблицы, солитарное узловое поражение ЩЖ у жителей трех обследованных сел не сопровождалось признаками зобной трансформации тиреоидной ткани. Согласно международным нормативам, по формуле J.Brunn у взрослых зоб выявляется, если объем ЩЖ у женщин превышает 18 мл, а у мужчин – 25мл. У жителей села Канонерка с солитарной формой узловой патологии ЩЖ показатель тиреоидного объема существенно превышал показатели сел Большая Владимировка и Долонь. Следует указать, что показатели тиреоидного объема у обследованных больных колебались в следующем диапазоне: в селе Большая Владимировка - от 3,850см³ до 23,797см³; в селе Долонь - от 2,444см³ до 20,140см³; в селе Канонерка - от 3,737см³ до 49,907см³. В зависимости от половой принадлежности больных значения объема ЩЖ варьировали в следующем интервале: у мужчин – в селе Долонь - от 6,192см³ до 20,140см³; в селе Канонерка - от 4,760см³ до 18,640см³; у женщин – в селе Большая Владимировка - от 3,850см³ до 15,114см³; в селе Долонь - от 2,444см³ до 16,636см³; в селе Канонерка - от 3,737см³ до 49,907см³. Также следует отметить, что у женщин при минимальных значениях объема ЩЖ узловые образования имели размер от 0,5 до 1,5см, а при максимальных значениях тиреоидного объема – от 2 до 6см, тогда как у мужчин при наименьших и наибольших значениях объема ЩЖ размеры узлов не достигали 1см. С нашей точки зрения, величина тиреоидного объема у обследованного контингента зависит от ряда факторов: 1) от уровня йодопотребления, так как зоны проживания обследованных лиц являются йододефицитными; 2) дозы облучения ЩЖ, полученной в результате ядерных испытаний; 3) размера узлового поражения органа; 4) антропометрической характеристики больного: по данным L.Hegedus et al. (1983), должный тирео-

идный объем следует соотносить не только с возрастом и полом, но и с весом пациента.

Таким образом, при солитарном узловом поражении ЩЖ у жителей Семипалатинского региона показатель тиреоидного объема по данным УЗИ составил: у жителей села Большая Владимировка 9,547±0,952см³; у жителей села Долонь 9,898±0,845см³; у жителей села Канонерка 10,325±1,377см³.

Литература:

- Косивцов О.А. Узловые образования щитовидной железы: дифференцированный подход к хирургическому лечению и качество жизни больных после операции. Автореферат дисс. канд. мед. наук. – Волгоград, 2007. – 28с.
- Петров В.Г. Оптимизация медицинской помощи пациентам с узловым зобом в регионе легкого йодного дефицита. Автореферат дисс. докт. мед. наук. – Челябинск, 2008. – 45с.
- Хазиев В.В., Штандель С.А., Караченцев Ю.И. Распространенность рака щитовидной железы и факторы, влияющие на ее динамику//Проблемы эндокринологии, 2008, Т.54, № 4. – С.18-21.
- Видюков В.И., Касаткин Ю.Н., Перфильева О.М. Определение объема функционирующей ткани щитовидной железы с использованием радионуклидных методов//Медицинская радиология и радиационная безопасность, 2006, том 51, №6. – С.40-47.
- Корнев С.В. Оценка методов диагностики рака щитовидной железы у больных, проживающих на территориях, загрязненных в результате аварии на ЧАЭС//Медицинская радиология и радиационная безопасность, 2005, том 50, №2. – С.27-33.
- Hegedus L., Perrild H., Poulsen L. et al. The determination of thyroid volume by ultrasound and its relationship to body weight, age and sex in normal subjects.//J.Clin.Endocrinol. Metab. – 1983. – Vol.56. – P.260-263.

Семей аймағы тұрғындарында қалқанша безінің түйінді патологиясының солитарлы формасы кезінде тиреоидты көлемді анықтау нәтижелері

А.М.Токешева

Семей аймағы тұрғындарында қалқанша безінің түйінді патологиясының солитарлы формасы кезінде тиреоидты көлемді анықтау нәтижелері көрсетілген. Тиреоидты көлем көрсеткіштері Үлкен Владимировка ауылының тұрғындарында $9,547 \pm 0,952 \text{ см}^3$, Долон ауылының тұрғындарында $9,898 \pm 0,845 \text{ см}^3$, Канонерка ауылының тұрғындарында $10,325 \pm 1,377 \text{ см}^3$ болды.

The results determination of thyroid volume at solitary form of thyroid gland nodular pathology in inhabitants of Semipalatinsk region

A.M.Tokesheva

The results determination of thyroid volume at solitary form of thyroid gland nodular pathology in inhabitants of Semipalatinsk region were presented. The indicator of a thyroid gland volume at inhabitants of Bolshaya Vladimirovka village is equal of $9,547 \pm 0,952 \text{ см}^3$, at inhabitants of Dolon village is equal of $9,898 \pm 0,845 \text{ см}^3$, at inhabitants of Kanonerka village is equal of $10,325 \pm 1,377 \text{ см}^3$.

УДК 616.9(574.42)

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА САЛЬМОНЕЛЛ, ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ

А.А. Касымжанова

Бактериологическая лаборатория ЦСЭЭ, г. Семей

В городе Семей Восточно-Казахстанской области 15.05.2009 года был зарегистрирован случай пищевого отравления, когда одномоментно заболело 7 человек. При бактериологическом обследовании у четырех человек в промывных водах была обнаружена *S. enteritidis*, а у троих больных диагноз Сальмонеллез был выставлен по характерной клинике, причем трое больных были из 1 домашнего очага.

Было проведено санитарно-эпидемиологическое расследование, при котором выяснено ряд общих признаков, характерных для пищевого отравления микробной природы:

- острое, внезапное начало заболевания
- одновременное начало заболевания у группы лиц
- характерное острое, короткое течение заболевания - по типу острого гастроэнтерита
- связь начала заболевания с употреблением одного пищевого продукта, в данном случае все связывали с употреблением «заварного пирожного с масляным кремом, купленном из магазина «Флория», торгового дома «Семей» и магазина «Продукты», находящихся в одном Жана-Семейском районе города и как позже выяснилось изготовителем всех продуктов оказалось частное лицо К.
- прекращение возникновения новых случаев заболевания после проведения расследования и изъятия продукта, послужившего причиной пищевого отравления.

Расследование данного случая было проведено тщательно, комплексно: в нем принимали участие различные специалисты: санитарные врачи, врачи-эпидемиологи и работники бактериологических лабораторий. Санэпидрасследование велось путем изучения медицинской документации составленными медработниками, путем опроса пострадавших с целью установления – общего для всех пострадавших, продукта и его реализаторов был установлен пищевой объект (подпольный цех) по производству и реализации кондитерских изделий ч.л. К. 1974 г.р., где работало около 10 человек, в том числе и реализаторы в вышеуказанных торговых точках города.

Всего бактериологически было обследовано 80 человек из которых у реализатора Б. из магазина «Флория» была обнаружена *S. enteritidis*, были взяты пробы пищевых продуктов из вышеуказанных торговых точек и домашних очагах пострадавших больных всего: 3617 из которых выделено 4 культуры сальмонелл в том числе мясопродуктов отобрано: 1144 выделена 1 культура, яиц отобрано 297 выделена, также, 1 культура, отобрано проб кондитерских изделий 128 выделены 2 культуры сальмонелл, отобрано смывов на патогенную микрофлору 8138, в том числе из очагов 4903 из которых выделены 4 культуры сальмонелл.

Все выделенные культуры: их всего 4-от больных, 1-от реализатора, 8-культур, выделенные из объектов внешней среды были нами тщательно изучены с целью определения эпидемиологического маркера, то есть изучена их эпидемичность путем проведения внутривидового типирования и определен биовар, более того определена идентичность штамма с помощью постановки антибиотикограммы и получена подтверждение из выше стоящей бактериологической лаборатории «РГКП ВКО ЦСЭЭ».

Все указанные 12 культур идентичны по своим морфологическим, культуральным, тинкториальным, биохимическим свойствам, по антибиотикограмме и относятся к *S. enterica* l. *enteritidis* var. *jena*, но только 1 культура за № 90 по антибиотикограмме отличается от остальных. Это культура, выделенная из яйца из ТОО «Восток Кондитер» пр-во «Ардагер» не имеет отношения к произошедшему случаю отравления не эпидемичен, что установлено по антибиотикограмме, хотя и относится к *S. enterica* l. *enteritidis* var. *jena*.

Подданному случаю пищевого отравления были приняты все оперативные меры:

- запрещены использование пищевого продукта, послужившего причиной отравления.
- забраковка и уничтожение кондитерских изделий, производимых нелегально в установленном порядке.
- отстранена от работы бак.носитель Б.
- закрыт подпольный цех,

- ч.л. К. 1974 г.р. привлечена к административной ответственности и признана виновной в производстве, выпуске и реализации продукта, вызвавшего пищевое отравление.

Литература:

1. «Инструкция по расследованию и лабораторной диагностике пищевых отравлений». МЗ РК Институт

питания национальной академии наук ГНПЦ «МЕДСТАНДАРТ». – Алматы - 1996 год.

2. Алешин А.И. Практическое руководство «Микробиологическая диагностика сальмонеллез». – Алматы – 1992г.

3. Покровский В.И. «Энтеробактерии. Руководство для врачей. - Москва.- 1995 год

Резюме

Внутривидовое типирование, то есть определение сероварианта, биоварианта, антибиотикограммы, а при наличии возможности и фаговарианта возбудителя сальмонеллезной инфекции позволяет сделать заключение о наиболее вероятном источнике сальмонеллеза, установить механизм и путь передачи инфекции.

Biological properties of salmonell, isolated obtained from patiets salmonellosis of city Semei

A.A. Kasymzhanova

Intra-specific typing, that is to say determination of serotype, biotype, antibiogramma, in presence of an opportunity and phagotype of exciter of salmonellosis infection let make a conclusion about the most possible souce of salmonellosis, ascertain machinery and way of transmission of infection.

УДК 616.833.191-089

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КАРКАСА ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

А.С. Масадыков

Региональный онкологический диспансер г.Семей

Повреждения возвратного гортанного нерва относятся к числу наиболее распространенных осложнений при операциях на щитовидной железе. Его частота достигает 13,5%, а в структуре осложнений – от 15% до 25% [1].

Особенно часто повреждения возвратного гортанного нерва происходят при оперативном лечении больных со злокачественными новообразованиями железы, поскольку они требуют наиболее объемных оперативных вмешательств, в том числе расширенных, с удалением всего органа [2].

Повреждение возвратного гортанного нерва может происходить не только в результате непосредственно его повреждения при операции, но и являться результатом его сдавления рубцовыми тканями, образующегося в ходе заживления после операционной раны. Частота таких поражений по данным литературы, достигает 20% от общего числа радикальных оперативных вмешательств на щитовидной железе [3].

Поэтому восстановление возвратного гортанного нерва при его повреждении является актуальной задачей, решение которой может способствовать улучшению функциональных результатов лечения больных раком щитовидно железы, повышению качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Целью работы является разработка способа восстановления возвратного гортанного нерва у больных, оперированных по поводу узловых образований щитовидной железы при наличии его повреждений с профилактикой повторных нарушений функции путем создания каркаса вокруг нерва из никелида титана.

Известен подход к восстановлению иннервации голосовых связок, заключающийся в применении консервативных методов, способствующих регенерации периферических нервов [4]. С этой целью применяются витаминные группы В и прозерин по схеме. Недостатком данного способа является его малая эффективность и даже в случаях успешного восстановления

иннервации необходимость длительного промежутка времени для регенерации нерва.

Разработанный подход включает следующие мероприятия. У больных, подвергавшихся оперативным вмешательствам по поводу узловых, в том числе злокачественных образований щитовидной железы, с симптомами повреждения возвратного гортанного нерва, осуществляется повторное оперативное вмешательство, предусматривающее ревизию возвратного гортанного нерва с нахождением участка повреждения, мобилизацию обнаруженных поврежденных концов, сопоставление их и ушивание тремя узловыми швами, отступя на 2-3 мм от границы повреждения со вколлом иглы с периферии нерва и выколлом в центре. В качестве шовного материала используется викрил 0000. После этого вокруг нерва создают каркас из заранее подготовленной пластины из никелида титана [5] размером 2,5*0,5 см и толщиной 0,5 мм (рисунок 1).

Далее каркас оставляли в области нерва незакрепленным (в силу быстрой и плотной адгезии суперпористого никелида титана к окружающим тканям, или закрепляли не более чем одним швом (рисунок 2). Ушивание раны осуществляли послойно.

Данный способ применен в клинике у 27 больных. В том числе у 18 пациентов повреждения возвратного гортанного нерва при оперативном вмешательстве на щитовидной железе имело место в срок до 1 года, у 9 больных – более 1 года до момента восстановительной операции.

В качестве группы сравнения были проанализированы ретроспективные данные и обследованы в динамике 35 пациентов, у которых попытки восстановления функции возвратного гортанного нерва после его повреждения осуществлялись путем применения консервативных методов.

Полученные сравнительные результаты представлены в таблице 1.

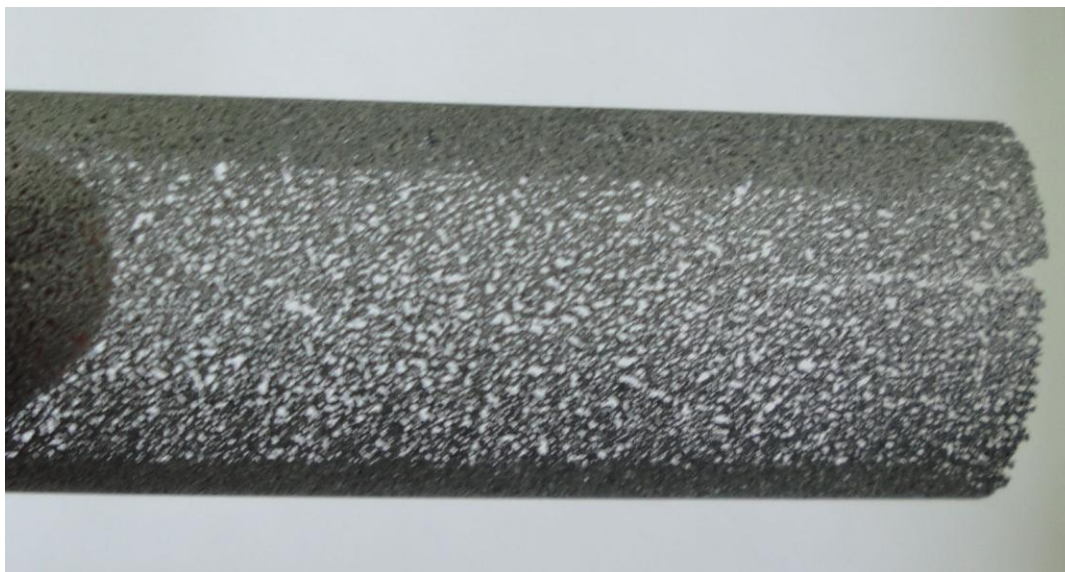


Рисунок 1 – Каркас из никелида титана, подготовленный к установке



Рисунок 2 – Каркас из никелида титана, установленный над ВГН

Таблица 1 - Частота и сроки восстановления функции возвратного гортанного нерва

Группа	Срок восстановления							
	до 3 месяцев		3-6 месяцев		более 6 месяцев		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Консервативное лечение, n=35	-	-	2	5,7	8	22,9	10	28,6
Применение разработанного способа, n=27	6	22,2	12	44,4*	3	11,1	21	77,7*
Примечание - * - различия между группами достоверны, p<0,05								

Восстановление фонации произошло в 21 случае из 27 обследованных в основной группе, при этом в срок до 3-х месяцев наблюдения – у 6 больных, до 6-и месяцев – у 12, и более 6-и месяцев – у 3 пациентов.

В остальных 8 случаях были получены негативные результаты, что вероятно связано с развитием местных рубцовых изменений при первичном и повторном оперативных вмешательствах, а также со снижением реге-

нераторных свойств нервной ткани у пожилых ослабленных больных.

В то же время, в группе сравнения результаты восстановления функции возвратного гортанного нерва были куда более скромными.

Из 35 проанализированных случаев восстановления фонации было достигнуто только у 10 пациентов, причем в основном в поздние сроки (более чем через 6 месяцев, а чаще – более 12 месяцев после начала лечения).

Между группами обследованных достоверно различались результаты в срок 3-6 месяцев (7,8 раза в пользу группы разработанного лечения) и в целом по всем срокам восстановления (в 2,7 раза, $p < 0,05$ в обеих парах значений).

Клинический пример:

Больная С., 56 лет, диагноз – рак щитовидной железы III ст., Т3N0N0, папиллярная форма.

Проведена операция тиреоидэктомия. Через 4 месяца после операции выявлена утрата звучного голоса. При ларингоскопии наблюдается паралич голосовых связок с левой стороны. Через 7 месяцев проведена реконструктивная операция на возвратном гортанном нерве по описанной методике. Через 2 месяца наблюдается восстановление фонации, при ларингоскопии смыкание голосовых связок полное, асимметрии нет.

Т.е. в настоящем клиническом примере определена эффективность примененного разработанного способа

восстановления анатомической целостности и функции возвратного гортанного нерва.

Таким образом, эффективность разработанного способа составила 77,7%, что более чем в 2,5 раза превышает результаты консервативной терапии.

Литература:

1. Thermann M., Feltkamp M., Elies W., Windhorst T. Recurrent laryngeal nerve paralysis after thyroid gland operations. Etiology and consequences // Chirur. – 1998. – Vol.69(9). – P.951-956.
2. Савенок В.У., Савенок Э.В., Огнерубов Н.А. Экстрафасциальные операции при раке и узловых образованиях щитовидной железы. – Воронеж: Издательство Воронежского государственного университета, 2006. – 168 с.
3. Магомедов Р.Б. Профилактика повреждений возвратного гортанного нерва при операциях на щитовидной железе: дис. ... канд. мед. наук. – Москва., 2000. – 120 с.
4. Оториноларингология: Под ред. И.Б. Солдатова, В.Р. Гофмана. – СПб: ЭЛБИ, 2000.
5. Шинкарев С.А., Мухамедов М.Р., Подольский В.Н., Корнев А.А. Опыт использования материала на основе пористого никелида титана в хирургическом лечении распространенного рака щитовидной железы // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2008. – Т19, №4. – С.85-87.

УДК 616. 441

РЕЗУЛЬТАТЫ СКЛЕРОТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕПАРАТОМ ПОЛИДОКАНОЛ 3%

Г.Г. Васьковский

Государственный медицинский университет г.Семей

В экологически неблагоприятных регионах диагностика и лечение больных с узловыми заболеваниями щитовидной железы остается актуальной проблемой. В последние годы в клинической практике широко внедрены малоинвазивные пункционные методы лечения узловых доброкачественных заболеваний щитовидной железы (1,3,5). Непосредственные результаты лечения свидетельствуют об определенных преимуществах указанных методов лечения. В то же время практически нет работ, посвященных изучению отдаленных результатов лечения, а также критериев эффективности пункционных методов лечения (2,4).

Цель настоящей работы: изучить отдаленные результаты склеротерапии доброкачественных узлов щитовидной железы препаратом полидоканол 3%.

Материалы и методы исследования склерозирующая терапия полидоканолом проведена 112 больным с различными доброкачественными узловыми образованиями. Из них 23 человек были с аденомами, 22 с аденомами с некротической дегенерацией, 22 с аденомой с кистозной дегенерацией, а также 23 человек с коллоидными узлами и 22 человека с кистами щитовидной железы. Размеры узлов были от 0,5 см³ в диаметре и 23,7 см³.

Для изучения эффективности использованного метода, учитывая структурную характеристику узлов, мы выделили 5 групп больных. Первую группу составили больные с цитологическим диагнозом – аденома. Во

вторую группу вошли больные с диагнозом аденома с кистозной дегенерацией. Третью группу составили больные с цитологически подтвержденным диагнозом аденома с кистозной дегенерацией. Четвертую группу составили больные с диагнозом коллоидный зоб. Пятая группа – больные с кистами щитовидной железы.

Для определения сравнительной эффективности лечения доброкачественных узловых заболеваний щитовидной железы, мы распределили больных на 4 группы в зависимости от объема узлового образования (Таблица 1). Первую группу составили больные с объемом узла от 0,6 до 2,5 см³, вторую группу составили больные с объемом узла от 2,6 до 5,0 см³, третью группу составили больные с объемом узла от 5,1 до 8,0 см³, четвертую группу составили больные с объемом узла 8,1 см³, и больше.

Результаты и их обсуждение. После введения препарата полидоканол 3% в аденоматозные узлы, наблюдали следующую динамику уменьшения объема узловых образований, через 6 месяцев регресс узлов в среднем достигал 45,2%, через 1 год составил 54%, через 2 года 54,7%, через 3 года оставался на уровне 54,7%.

Уменьшение объема аденом с некротической дегенерацией к 6 месяцам в среднем был 50,2%, через 1 год 57,6%, через 2 года достигал 59,2% и оставался неизменным в течении последующего года наблюдения.

Таблица 1 - Характеристика клинического материала

Группа узлов	Объем узла в см ³	Диагноз				
		Аденома	Аденома с некротической дегенерацией	Аденома с кистозной дегенерацией	Коллоидный узел	Киста
Малые	до 2,5	6	5	4	7	7
Средние	2,6 – 5,0	8	7	6	6	6
Большие	5,1 – 8,0	6	7	7	6	6
Гигантские	8,1 и больше	3	3	5	4	3
Всего		23	22	22	23	22

Уменьшение объема аденом с кистозной дегенерацией было более интенсивным, чем аденом и коллоидных узлов и к 6 месяцам соответствовало 57,2%, к 1 году достигало 65,4% и оставалось неизменным в течении последующих 2 и 3 лет наблюдений.

Регресс объема коллоидных узловых образований протекал интенсивно в первые 6 месяцев наблюдений и достигал 61,7%, затем процесс уменьшения объема узлов замедлялся и к 1 году соответствовал 67,7%,

дальнейшего уменьшения узловых коллоидных образований не наблюдалось.

Выявлено, что при лечении доброкачественных узловых заболеваний щитовидной железы, препаратом полидоканол, эффективность уменьшения аденом с кистозной дегенерацией и коллоидных узлов в процентном отношении выше, чем аденомы и аденомы с некротической дегенерацией.

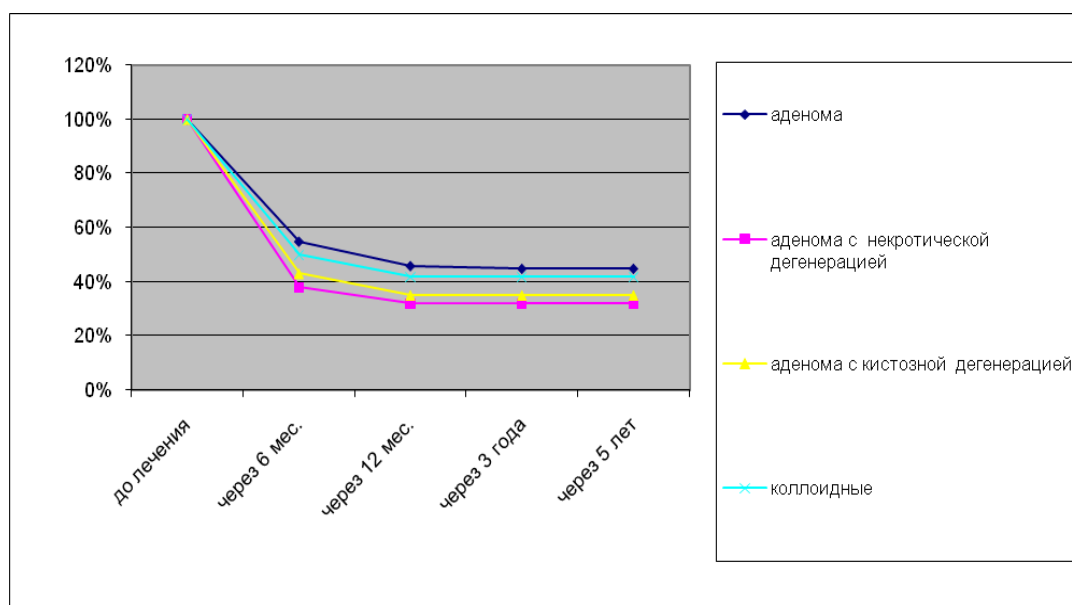


График 1: Динамика уменьшения узловых образований щитовидной железы после склеротерапии препаратом полидоканол 3%

При изучении функционального состояния щитовидной железы выявили, что до лечения в сыворотке крови отмечалось повышенное содержание гормонов Т4, ТSH, через 1 год показатели содержания гормонов в сыворотке крови улучшались и становилось близким к норме.

Заключение

Результаты чрезкожного внутриузлового пункционного лечения доброкачественных узловых заболеваний щитовидной железы препаратом полидоканол 3% в сроки наблюдения от 1 до 5 лет не выявили рецидивов и осложнений, а также малигнизации узлов.

Регресс объема узловых образований зависит от его размера, морфологической структуры.

Критериями эффективности лечения должны быть функциональное состояние щитовидной железы, регресс объема узлового образования щитовидной железы по данным ультразвуковых исследований.

Для выработки адекватной тактики лечения, контроля его эффективности и мониторинга следует выделять следующие формы доброкачественных узловых заболеваний щитовидной железы: аденома, аденома с кистозной дегенерацией, аденома с некротической дегенерацией, коллоидный и кистозный узлы.

Литература:

1. Zhumadilov Zh., Land C., M. Hartshorne L. et al. Characterization, follow-up, and remediation of thyroid abnormalities in a screened population from the Semipalatinsk nuclear test site area // Endocrine Journal. 12th International Thyroid Congress, 2000, P.162.
2. Мусинов Д.Р. Скрининг, ранняя диагностика и лечебная тактика при доброкачественных и злокачественных заболеваниях щитовидной железы в Семипалатинском регионе. Автореферат дис. д-ра мед. Наук, Алматы, 1999, 46 с.
3. Knudsen N., Bols B., Bulow I. et al. Validation of ultrasonography of the thyroid gland for epidemiological purposes // Thyroid, 1999, Vol.74, №9, P.1069.
4. Симбирцев С.А., Трофимов Т.Н., Бубнов А.Н. и соавт. Биопсия и этаноловая деструкция деструкция узловых образований щитовидной железы под контролем ультразвука // Учебное пособие, Санкт-Петербург, 2002, 13 с.
5. Цыб А.Ф., Паршин В.С., Нестайко Г.В. и соавт. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы // Медицина, Москва, 1997, С.332.

Склеротерапияның қорытындысы этанол емімен жақсы қорытындыға келді

Соңғы жылдары ультрадыбыспен тексеру қалқанша бездің катерсіз ісіктерін тері арқылы түйінге дері егіп емдеуге мүмкіндік ашты. Бұл хирургиялық және радиойодпен емдеуге альтернативті ем болып отыр. Түйінге дері егіп емдеу результаттарын ұзақ уақыт бойы бақылау бұған дейін істелмеген. Полидоканолмен склеротерапиядан кейін 112 науқас 5 жыл бойы бақыланды. Түйіндердің кішіреюі емдеудің алғашқы жылында көбірек байқалды және 3-5 жылдай бойы қайта үлкейген жоқ. Қалқанша без түйінді ауруларын этанол мен тері арқылы егіп емдеу анализі бұл тәсілдің эффективті, арзан, рецидив бермейтін және емханаларда қолдануға болатын тәсіл екенін дәлелдейді. Бұл тәсіл хирургиялық жолмен емдеу тәсіліне альтернатив бола алады. Тері арқылы түйінге дері егіп емдеуді хирургиялық операцияға немесе йодпен емдеуге қарсы көрсеткіші болған науқастарға, жасы ұлғайған науқастарға және косметикалық мақсатпен қолдануға болады.

The long term follow up study results of the intranodular injection therapy ethanol has not been evaluated

In recent years ultrasound guided percutaneous intranodular injection therapy has been used as an alternative to surgery or radio iodine for treatment of benign thyroid nodular disease. Of them 112 patients over a period of 5 years after sclerotherapy with polidokanoly 3%. The reduction rates of nodules were more intense during the first year of the treatment and there after slowed down or remained static over a period from 3-5 years. The analysis of the treatment results revealed that percutaneous intranodular injection therapy with ethanol is effective and maybe used as an alternative to surgery in the treatment of patients who are contraindicated to surgery or to radioiodine, in elderly aged patients and also for aesthetic purpose. The method is inexpensive safe well tolerated and can be used on an out patient basis.

УДК 616-001.43-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ЛАОДЖАҢ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Н.Е. Берикханов

Городская поликлиника № 2, г. Тараз

В литературе встречаются разноречивые данные о тактике лечения гнойных ран мягких тканей. В последнее время широко стали внедряться активное ведение гнойных ран с адекватной первичной хирургической обработкой гнойного очага и применением различных лечебных мероприятий, направленных на сокращение сроков заживления ран. Для этой цели применяют магнитотерапию, лазеротерапию, ультрафиолетовое облучение, ультразвук, озонотерапию, фотодинамическую терапию, криообработку раны, электрохимическую стимуляцию раны, вакуумную обработку раны, промывание пульсирующей струей жидкости, гипербарическую оксигенацию, сорбенты с включенными в их состав различными лекарственными препаратами [Slutsky С., Abramson R., Bogorowsky N., 1981, Кадамов Г.К., 1987, Стенько В.Г. и соавт., 1988, Игнатъев В.Ф., 1988, Юхтин В.И. и соавт. 1989, Коплатадзе А.М. и соавт., 1989, Носов В.А., 1989, Жакиев П.С., Веселов Ю.Е., 1993, Адамьян А.А. и соавт., 1998, В.А. Девятов и соавт., 1998, Хакимов А.М., 2000, Ханин А.Г., 1997, Слесаренко С.С. и соавт., 1998, Воленко А.В., 1998, Булынин В.И. и соавт., 1998, Боженков Ю.Г., Иванова В.М., 1991, Странадко Е.Ф. и соавт., 2000, Липатов К.В. и соавт., 2002]. Однако все эти способы лечения ран имеют отрицательные стороны, связанные с применением дорогостоящей аппаратуры, травматичностью для грануляционной ткани. Изложенное обосновывает целесообразность изучения эффективности клинического применения препарата «Лаоджан», создающего благоприятные условия при лечении гнойных ран мягких тканей.

Цель работы: улучшить результаты лечения гнойных ран мягких тканей, путем применения препарата «Лаоджан» фирмы «Flower of sago sucas».

Лечение больных с гнойными ранами мягких тканей заключалось во вскрытии абсцесса, санации гнойной полости с частичной некрэктомией, раны тщательно промыты антисептиками. Затем производили обработку гнойных полостей раствором лаоджана в течение 1-2

дней, что привело к быстрому очищению раны. Затем производили орошение стенки гнойной полости 0,2% раствором куриозина фирмы «Гедон Рихтер А.О.» и тут же закрыли рану первично-отсроченными швами. Этот способ мы использовали при лечении 27 больных в городской поликлинике № 2 г. Тараз в период с 2009 по 2010 годы. У всех больных имелись глубокие гнойные полости мягких тканей. Эти больные вошли в основную группу. Возраст больных колебался от 17 до 63 лет. Среди пролеченных больных мужчин было 21, женщин 6. Контрольную группу составили 32 больных с гнойными ранами мягких тканей, пролеченных традиционным методом.

Для изучения эффективности данного способа лечения гнойных ран мягких тканей использованы следующие клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования:

- общеклинические;
- инструментальные - рентгенография;
- изучение клинического процесса заживления раны;
- бактериологический посев из раны на микрофлору и ее чувствительность к антибиотикам;
- цитологические исследования процесса заживления послеоперационной раны на 2,5,7,9 сутки;
- лабораторные - иммунологический анализ крови, упрощенный гематологический показатель интоксикации (УГПИ) до и после проведенного лечения. УГПИ мы определяли по формуле:

УГПИ = лейкоциты × СОЭ

$$\frac{Ми + Ю + П / я + С / я + Пл}{(Л + Моноц + Э + Б)^2}$$

где Ю - юные, Ми - миелоциты, С/я - сегментоядерные, П/я - палочкоядерные нейтрофилы, Л - лимфоциты, Моноц - моноциты, Б - базофилы, Э - эозинофилы, СОЭ - скорость оседания эритроцитов [Колкер И.И., Жумадилов Ж. Ш., 1988]. Цитологическое исследование дина-

мики заживления раны проведено по Камаеву (1970г) и методом пункционной биопсии из раны. Препарат окрашивали по Романовскому-Гимзе и по Папаниколу. Традиционное лечение больных с острыми гнойными ранами мягких тканей заключалось во вскрытии гнойных ран мягких тканей, санации и дренировании гнойной полости, с дальнейшими ежедневными перевязками с антисептиками. После очищения раны от гноя применялись повязки с мазью Вишневского или левомеколя. Антибактериальная терапия проведена внутримышечно препаратами группы пенициллина и аминогликозидов в течение 7-10 дней.

При бактериологическом исследовании посева из раны чаще высевалась *E. coli*, стрептококк, стафилококки, чувствительные к гентамицину, канамицину и цефазолину. У всех больных контрольной группы раны заживали вторичным натяжением.

Результаты лечения по предложенному способу показали более раннее заживление послеоперационной раны по сравнению с контрольной группой больных. На 2-3 сутки отмечались исчезновение местно-воспалительных явлений (гиперемия, отек, инфильтрация тканей, болевой синдром). Лаоджан активно очищает гнойную рану, что дает возможность для затягивания

первично - отсроченных швов на 2-3 сутки. У всех больных, которым применен данный метод, послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Препарат «Лаоджан» обладает иммуностимулирующим действием, стимулирует эритропоэз, в результате чего, увеличивается количество клеток гранулоцитарного, моноцитарного ряда, повышается фагоцитарная активность макрофагов и гранулоцитов. Значительно улучшаются показатели гуморального звена, а также лимфоцитарно-клеточного: увеличивается уровень Т-хелперов, Т-супрессоров, общий уровень Т-лимфоцитов и натуральных киллеров, а также повышается количество сывороточного интерферона. «Лаоджан» обладает мощным репаративным и противовоспалительным свойством, особенно при местном применении. В состав «Лаоджана» входят около 20-ти лечебных трав.

Результаты лечения по предложенной схеме показали более раннее заживление послеоперационной раны, по сравнению с больными контрольной группы. За наблюдаемый период рецидивов и осложнений не наблюдались. Длительность лечения больных основной группы составило, в среднем, 8,6 дней. Длительность лечения больных контрольной группы составило в среднем 23,7 дня амбулаторного лечения.

Таблица №1 - Результаты лечения больных с гнойными ранами мягких тканей

Группа больных	Число больных	Заживление раны	Длительность лечения (дни)
Основная	27	Первичное 100%	8,6±0,38
Контрольная	32	Вторичное 100%	23,7±0,56

Таким образом, разработанный способ лечения гнойных ран мягких тканей позволяет ускорить процесс заживления раны, сократить сроки лечения в 2,7 раза, позволяет наложить первично-отсроченные швы, что приводит к первичному заживлению раны.

Литература:

1. Добыш С.В., Васильев А.В., Шурупова О.В. Со-временные перевязочные средства для лечения ран во второй фазе раневого процесса. Материалы Международной конференции. Под ред. В.Д. Федорова, А.А. Адамяна. М 2001; 115.
2. Гостищев В.К., Ханин А.Г. Клинико-цитологические особенности местного лечения вяло

гранулирующих ран мягких тканей 0,2 % раствором куриозина во 2 фазе раневого процесса // Хирургия. - 1999. - №10. - С.72-74.

3. С.Л.Лопатин, В.Е.Разин. Клиническое испытание отвара «лаоджан». НИИ клинической иммунологии. г.Новосибирск. 1999 год.

4. Фадеев С.Б., Чернова О.Л., Киргизова С.Б., Бухарин О.В. Особенности хирургической инфекции мягких тканей. //Хирургия. 2002.- №7.- С.42-44.

5. Колкер И.И., Вуль С.М. // Микробиология ран. Раны и раневая инфекция. - М.-Медицина. 1981.-С. 185-213.

6. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция.- М. Медицина. 1990.- 688с.

Жұмсақ тіндердегі іріңді жараларды емдеуде Лаоджанды қолданудың тиімділігі **Н.Е. Берікханов**

№ 2 қалалық емхана, Тараз қ.

Жұмсақ тіндердегі іріңді жараларды емдеуде Лаоджанды қолдану нәтижесінде жара тез тазаланып, біріншілік-шегерілген тігіс салуға мүмкіндік туды.

Клиникалық, цитологиялық және иммунологиялық тексерулер бақылау тобымен салыстырғанда жараның жетілу процесінің тездегенін көрсетті. Жаңа тәсіл жұмсақ тіндердің іріңді жараларын емдеуде жараның алғашқы жетіліммен жазылуына, уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімінің қысқаруына, экономикалық нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік берді.

Effective usage of "Laodzhan" in the treatment of purulent diseases of soft tissues **N.E. Berikkhanov**

City polyclinic № 2, Taraz

In surgical treatment of purulent diseases of soft tissues usage of "Laodzhan" helps in rapid debridement of wound, which gives us the possibility to apply delayed primary suture.

Clinical, cytological and immunological examinations demonstrated acceleration of wound healing process compared with the control group patients, treated by traditional method. This method of treatment of purulent diseases of soft tissues allows healing of wounds by a primary intension, to reduce terms of treatment and gives economic benefit.

УДК 616.831-005-07

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ЕЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ**Ж.Ш. Жумадилов, А.Ж. Бекбосынов****АО «Медицинский университет Астана», Городская больница №1, г.Павлодар**

Прогнозирование риска развития сосудистых осложнений атеросклероза и артериальной гипертензии, а также других патологических состояний, сопровождающихся повышенной частотой артериальных тромбозов, остается весьма актуальным в современном здравоохранении [1,2].

Определение степени риска позволяет осуществлять коррекцию лечения – в плане необходимости увеличения или, напротив, возможности снижения интенсивности терапевтических воздействий и уточнения показаний к проведению оперативных вмешательств [3,4].

До настоящего времени было разработано много различных схем определения сосудистого, в том числе цереброваскулярного, риска. Однако значительная их часть представляет только исторический интерес [5]. Быстрый прогресс медицинской науки, изменения представлений об этиологии и патогенезе сосудистых заболеваний головного мозга, совершенствование диагностических методик требуют их учета в плане разработки прогностических подходов.

В последние десятилетия, в частности, были усовершенствованы подходы к ультразвукографической диагностике церебрального атеросклероза [6,7], широкое распространение в клинике получили методы оценки нарушений функции сосудистого эндотелия [8], развились представления о роли нарушений цитокиновой и кининовой регуляции в возникновении и прогрессировании сосудистой патологии [9].

Данные изменения требуют разработки новых подходов к прогнозированию цереброваскулярного риска.

Цель исследования – разработка методики прогнозирования риска острых нарушений мозгового кровообращения на основании учета клинико-анамнестических факторов и инструментально-лабораторных показателей.

Материалы и методы: Представленные данные базируются на материалах проспективного и ретроспективного анализа комплекса клинических и параклинических обследований 735 больных с наличием факторов риска острых нарушений мозгового кровообращения.

Для разработки методики расчета с учетом современных научных данных нами были выделены следующие группы факторов риска:

1) популяционно-анамнестические факторы: возраст; пол; наличие семейной предрасположенности к развитию нарушений церебрального кровообращения; наличие неблагоприятных факторов условий труда и проживания; вредные привычки; предшествующие ОНМК в анамнезе (оценивались по результатам анкетирования и опроса).

2) клинические факторы: артериальная гипертензия; сахарный диабет; антифосфолипидный синдром (оценивались по данным анкетирования и объективного обследования).

3) факторы риска развития атеросклероза: гиперхолестеринемия; гипертриглицеридемия; дислипидемия.

4) нарушения церебрального кровоснабжения по данным ультразвуковых исследований: атеросклероз магистральных церебральных артерий

5) нарушения со стороны системы гемостаза: судисто-тромбоцитарного звена (АДФ-индуцированная

агрегация тромбоцитов); плазменно-коагуляционного звена (содержание ранних фибрин-мономерных комплексов, активность антитромбина III); фибринолиза.

6) нарушения функционирования регуляторных систем организма: гипергомоцистеинемия; изменения цитокиновой регуляции (фактор некроза опухоли-альфа, интерлейкин-10); изменения кининовой регуляции (антитела к брадикинину); изменения вегетативной регуляции.

В зависимости от значимости каждого из факторов риска, определенной в процессе обследования эпидемиологических и клинических групп в рамках работы, они были распределены на 4 градации:

1 порядка значимости (коэффициент риска 0,8-1,0)

2 порядка значимости (0,5-0,7)

3 порядка значимости (0,3-0,4)

4 порядка значимости (0,1-0,2)

На основании проведенных расчетов с учетом удобства пользования прогностической системой и неизбежного наличия недостаточной и/или недостоверной информации в процессе обследования конкретных пациентов, нами были приняты следующие границы степени риска развития ОНМК при суммировании выявленных факторов:

Низкий риск – 0-1,0

Средняя степень риска – 1,1-2,0

Высокая степень риска – 2,1-3,5

Очень высокая степень риска – 3,6 балла и более.

Максимальное суммарное количество баллов в предлагаемой прогностической системе равнялось при этом 10,0.

Результаты исследования и их обсуждение.

Распределение вышеуказанных параметров по выделенным градациям, характеристики данных градаций и прогностические коэффициенты, определенные при проведении основного объема собственного исследования, представлены в таблицах 1-18.

Таблица 1 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от возраста и пола

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Менее 40 лет	0
40-45 лет	0,1
46-50 лет	0,2
51-60 лет	0,3
61-65 лет	0,5
66 лет и более	0,4
Пол - женский	0
мужской	0,3

Наиболее высокий неблагоприятный прогностический коэффициент в отношении возрастной градации был присвоен группе 61-65 лет (0,5). В возрасте менее 40 лет значение коэффициента было принято равным 0.

Большая распространенность ОНМК у мужчин в исследованной популяции послужила причиной установления данного коэффициента у них равным 0,3, у женщин – 0.

Таблица 2 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от семейной предрасположенности к развитию нарушений церебрального кровообращения

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Семейная предрасположенность отсутствует	0
Семейная предрасположенность имеется	0,3
Примечание – под семейной предрасположенностью принималось наличие ОНМК в анамнезе у старших кровных родственников 1 и 2 степени родства	

Наличие у ряда больных семейной предрасположенности к атеросклерозу церебральных сосудов и его проявлениям в виде ОНМК являлась причиной выделения данного прогностического критерия, равного 0,3 в случае наличия достоверно известных случаев ОНМК у родителей обследуемого и лиц старшего поколения 2 степени родства.

Таблица 3 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от неблагоприятных факторов условий труда и проживания

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Нет вредных факторов	0
Есть вредные факторы	0,2

Выделенный компонент вредных факторов условий труда и проживания, включающий стрессогенные воздействия, а также наличие неблагоприятных факторов производственной среды, как на момент обследования, так и в анамнезе, при его наличии был приравнен к 0,2.

Таблица 4 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от наличия вредных привычек

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	0
Курение	0,2
Злоупотребление алкоголем	0,1

К числу основных вредных привычек были отнесены курение (коэффициент риска 0,2) и злоупотребление алкоголем (0,1).

Таблица 5 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от предшествующих ОНМК

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	0
Имеются	1,0

Важным фактором риска мы сочли наличие предшествующих ОНМК. Во всех случаях у больных данной категории он был принят равным наибольшему возможному значению – 1,0.

Следующим разделом факторов риска были определены клинические данные.

Таблица 6 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от наличия артериальной гипертензии (по ВОЗ/МОАГ, 1999)

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Артериальная гипотензия	0,3
Отсутствует	0
Пограничная АГ	0,2
АГ I ст.	0,4
АГ II ст.	0,7
АГ III ст.	1,0
ИСГ	0,7

Наличие у больного артериальной гипертензии было признано независимым фактором риска, степень которого зависела от уровня АД. Для дифференцировки была использована его классификация по ВОЗ/МОАГ, 1999.

Наиболее высокий прогностический коэффициент (1,0) был принят у больных с АГ III ст. Наличие более умеренного повышения АД или его стойкая компенсация путем применения антигипертензивных препаратов соответствовали меньшим значениям фактора риска.

Таблица 7 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от наличия сахарного диабета

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Отсутствует	0
Нарушение толерантности к глюкозе	0,1
Компенсированный	0,2
Субкомпенсированный	0,4
Декомпенсированный	0,9

Важным фактором во всех классификациях и прогностических системах, в том числе и в нашей, признано наличие сахарного диабета и степень его компенсации. Декомпенсированный ИНСД был установлен в качестве фактора риска первого порядка (0,9), субкомпенсированный – третьего (0,4).

Кроме того, в качестве третьего клинического фактора риска было выделено наличие верифицированного антифосфолипидного синдрома.

Таблица 8 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от наличия АФС

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Отсутствует	0
Имеется	1,0

Коэффициент риска данного состояния был принят равным 1,0, учитывая приоритетную роль синдрома в развитии ОНМК у лиц молодого возраста. При этом учитывались как первичные, так и вторичные формы синдрома.

Факторы третьей группы включали показатели лабораторного и инструментального обследования.

Таблица 9 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от гиперхолестеринемии

Выделенные градации	Значения содержания общего холестерина, мм/л	Прогностический коэффициент
Отсутствует	менее	0
Умеренная	от до	0,1
Выраженная	более	0,4

Гиперхолестеринемия рассматривалась в первую очередь как фактор отсроченного риска, реализуемого посредством развития и прогрессирования атеросклероза. В то же время, имеются и механизмы реализации высокого содержания холестерина в отношении повышения риска развития эндотелиальной дисфункции, повреждений покрышки атеросклеротических бляшек и острых тромбозов.

Таблица 10 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от гипертриглицеридемии

Выделенные градации	Значения содержания триглицеридов, мм/л	Прогностический коэффициент
Отсутствует	менее	0
Умеренная	от до	0,2
Выраженная	более	0,3

Аналогичные эффекты имеются и при наличии триглицеридемии, поэтому ей также были присвоены прогностические коэффициенты 3 порядка.

Таблица 11 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от дислипопротеидемии

Выделенные градации	Соотношение ХС ЛПНП/ЛПВП	Прогностический коэффициент
Отсутствует	менее	0
Умеренная	от до	0,2
Выраженная	более	0,5

Повышение атерогенности крови за счет нарушения баланса содержания холестерина липопротеидов низкой и высокой плотности при выраженной степени было признано важным фактором риска с прогностическим коэффициентом 0,5.

Таблица 12 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от выраженности атеросклероза магистральных церебральных артерий

Выделенные градации	Степень стеноза	Прогностический коэффициент
Отсутствует	нет	0
Компенсированный	менее 50%	0,5
Субкомпенсированный	от 50% до 75%	0,8
Декомпенсированный	более 75%	1,0

Важнейшим фактором является наличие стеноза церебральных артерий. Учитывая имеющиеся возможности диагностики, в структуре системы прогнозирования мы использовали данные УЗ доплерографии о степени стеноза магистральных артерий каротидного бассейна. Наличие декомпенсированного стеноза считалось максимально выраженным фактором риска, субкомпенсированного – также 1 порядка, компенсированного – 2 порядка.

Таблица 13 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от выраженности нарушений сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	СИАТ менее 60%	0
Компенсированные	СИАТ от 61% до 75%	0,2
Декомпенсированные	СИАТ более 75%, ИДТ менее 10%	0,4

В качестве оцениваемых факторов сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза избраны:

величина СИАТ при проведении теста с АДФ-зависимой агрегацией тромбоцитов, а также величина ИДТ.

Критерии декомпенсированных нарушений включали отклонение обоих показателей и считались фактором риска 3 порядка (0,4).

Таблица 14 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от выраженности нарушений плазменно-коагуляционного звена гемостаза

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	АПТВ более с	0
Компенсированные	АПТВ от до с	0,3
Декомпенсированные	РФМК более мм/л и/или РПДФ более мм/л	0,6

Важным фактором риска было определено наличие декомпенсированных нарушений плазменно-коагуляционного гемостаза (прогностический коэффициент 0,6), определяемых при появлении маркеров внутрисосудистого свертывания крови. Компенсированные нарушения данного звена предусматривали снижение времени свертывания и расценивались как фактор 3 порядка.

Таблица 15 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от выраженности нарушений фибринолиза

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	время 12-АКЗФ более 6 мин	0
Имеются	время 12-АКЗФ менее 6 мин	0,3

Нарушения фибринолиза определялись при его удлинении более 6 минут и расценивались как фактор 3 порядка важности (прогностический коэффициент 0,3).

Таблица 16 - Градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от нарушений цитокиновой регуляции

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	соотношение ФНО α /IL-10 менее 3,5	0
Умеренные	соотношение ФНО α /IL-10 от 3,6 до 5,0	0,1
Выраженные	соотношение ФНО α /IL-10 более 5,0	0,2

Нарушения цитокиновой регуляции, заключающиеся в превышении содержания в крови провоспалительных цитокинов, являлись фактором 4 порядка важности (прогностический коэффициент 0,1 – при умеренной и 0,2 – при значительной выраженности).

Таблица 17 - Градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от нарушений кининовой регуляции (содержание в крови Е-АТБ)

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	Е-АТБ 0,80-1,00 ЕОП	0
Умеренные	Е-АТБ 0,60-0,79 ЕОП	0,1
Выраженные	Е-АТБ 0,59 ЕОП и менее	0,2

Оценивалось только снижение содержания естественных антител к брадикинину в крови, соответствующее преимущественной тенденции к вазоконстрикции.

Повышение данного показателя, по нашему мнению, не являлось фактором риска, хотя и наблюдалось при развитии ОНМК в большинстве случаев. Мы расценивали его как одну из форм стрессорной адаптационной реакции системы кровообращения. Согласно полученным данным, снижение Е-АТБ было фактором 4 порядка важности.

Наличие и выраженность нарушений эндотелиальных факторов оценивалось по степени отклонений (снижения) эндотелийзависимой вазодилатации. При ЭЗВД менее 10% прогностический коэффициент принят равным 0,4, нахождении в пределах 10-15% - 0,2.

На материале проспективного обследования 172 больных АГ и атеросклерозом церебральных сосудов с наличием различного уровня риска (34 – среднего, 63 – высокого и 75 – очень высокого), определенного путем использования разработанной методики, были получены результаты, представленные на рисунке 1.

Таблица 18 - Градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости нарушений регуляции эндотелия

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	ЭЗВД более 15%	0
Умеренные	ЭЗВД от 10% до 15%	0,2
Выраженные	ЭЗВД менее 10%	0,4

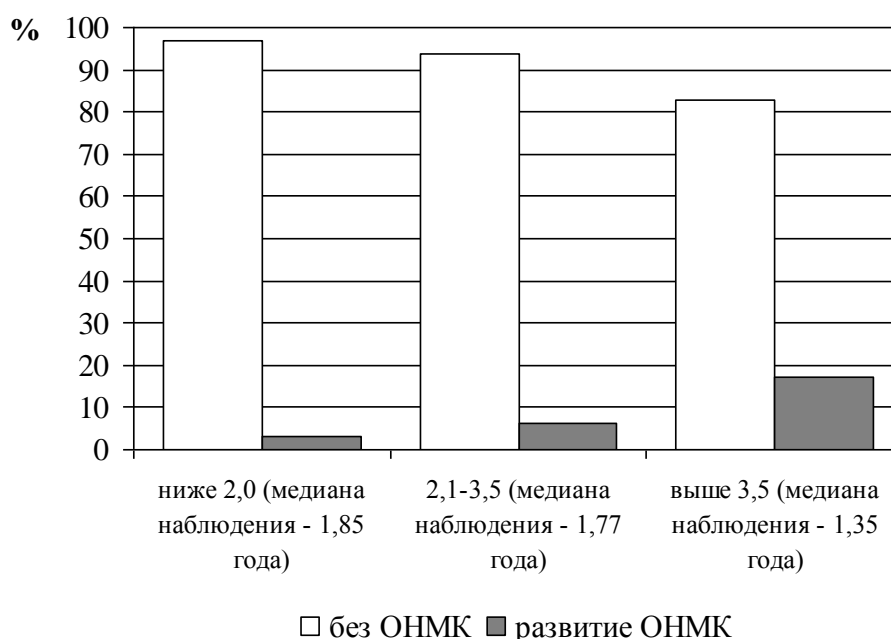


Рисунок 1 – Частота развития ОНМК у обследованных больных в зависимости от уровня риска

При этом также оценивались сроки развития ОНМК.

В группе среднего риска частота конечной точки исследования составила в течение 1,85±0,12 года всего 2,9%, высокого риска – 6,3% и очень высокого риска (медиана наблюдения – 1,35 года) – 17,3% (p<0,05 в отношении обеих вышеназванных групп).

Срок развития единственного ОНМК в группе среднего риска составил 1 год и 4 месяца от начала исследования, средний срок в группе высокого риска был равен 1,15±0,09 года, в группе очень высокого риска – 0,93±0,08 года.

Таким образом, полученные клинические данные служат подтверждением эффективности применения прогностической методики.

Литература:

1. Борисов А.В. Проспективное прогнозирование и профилактика мозговых инсультов у лиц с высокой степенью их риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Гродно, 2003. — 19 с.
2. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения: Метод. рекомендации. — М., 2000.

3. Inzitari D, Eliaziv M, Gates P et al. The causes and risk of stroke in patients with asymptomatic internal-carotid-artery stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators // N Engl J Med 2000; 342 (23): 1693–700.

4. ACCF/SCA/SVMB/SIR/ASITN 2007 Clinical Expert Consensus Document on Carotid Stenting // J Am Coll Cardiol. - 2007; 49: 126–70.

5. Семак А.Е., Адамович В.И., Корнацевич Ю.С. Прогнозирование мозговых инсультов, ключ к их индивидуальной профилактике // Здравоохранение. - 1997. - №7. - С 34-35.

6. Семак А.Е., Адамович В.И., Евстигнеев В.В., Смычек В.Б. Система прогнозирования возникновения мозговых инсультов и их профилактики: Метод. рекомендации. — Мн., 1999.

7. Дамулин И.В., Парфёнов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы / Под редакцией Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. — М.: Медицина, 2003. — Т. 1. — 744 с.

8. Гельцер Б.И., Котельников В.Н., Агафонова И.Г. и соавт. Эндотелиальная дисфункция церебральных со-

судов при артериальной гипертензии // Бюлл. физиологии и патологии дыхания. – 2007. – Т.25. – С.22-25.

9. Грицай Н.Н., Мищенко В.П., Пинчук В.А. Система гемостаза при нарушении мозгового кровообращения //

Международный неврологический журнал. – 2006. – №5(6).

Қауіпті жіті қан айналым жүйесінің бұзылуының даму қаупін анықтау әдістемесі және оны тәжірибеде қолдану
Ж.Ш. Жұмадилов, А.Ж. Бекбосынов

Зерттеу мақсаты – инструменталды-зертханалық көрсеткіштер мен клиника-анамнестикалық факторлар есебі негізінде, қауіпті жіті қан айналым жүйесінің бұзылуын болжамдау әдістемесін өңдеу.

Қауіпті жіті қан айналым жүйесінің бұзылуымен 735 науқасқа параклиникалық және клиникалық кешенді ретроспективты және проспективты талдау өткізілді.

ҚАЖБ қаупін анықтау негізінде, ортақ қауіп структурасына олардың үлесі анықталды, әр түрлі деңгейдегі қауіпке арналған коэффициенттер ұсынылды.

Әдістемені қолданудың нәтижелік талдауы, бас ми тамырларының атеросклерозымен үйлестіруде, артериалды гипертензияның клиникалық ағымымен болжамы сәйкес келгенін көрсетті.

УДК 616-022.258

КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

А.А. Калкенова, Т.К. Рахыпбеков

Государственный медицинский университет г.Семей

Служба в органах внутренних дел (ОВД) требует от сотрудников большого напряжения и самоотдачи, связана с необходимостью противостоять преступности, имеющей самые разные проявления. Кроме того, работа сопряжена с соблюдением строгой иерархии организационного построения и межличностного общения, дисциплины, приближающейся к военной, повышенной социальной и профессиональной ответственностью и высокой степени риска потери здоровья, а иногда и жизни [1,2].

Работа в ОВД сопряжена с постоянной психической напряженностью, неблагоприятным режимом труда и отдыха.

Все вышеперечисленное обуславливает высокий риск развития у сотрудников ОВД хронических неэпидемических заболеваний, имеющих приоритетную медико-социальную значимость. К их числу относятся: артериальная гипертензия (и ее кардио- и цереброваскулярные осложнения); хронические заболевания легких (бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких); воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронические гастриты, дуодениты, колиты и т.д.) [3-5].

Данные заболевания относительно редко имеют выраженные клинические проявления в течение службы в ОВД, поскольку их сотрудники относительно рано выходят на пенсию (после 25 лет службы). Однако пенсионеры ОВД – лица вполне трудоспособного возраста – редко оказываются здоровыми. Наличие хронических неэпидемических заболеваний резко снижает их трудоспособность, а тем самым – и потенциальную общественную полезность, и качество жизни.

Поэтому своевременная профилактика хронических неэпидемических заболеваний посредством коррекции факторов риска является приоритетным направлением в медицинском обслуживании контингентов сотрудников ОВД.

На современном этапе данная профилактика осуществляется согласно требованиям, сформулированным для общей лечебной сети [6]. В то же время, учет неблагоприятных факторов, связанных с работой в ОВД, требует определенного пересмотра данных подходов, адаптации их к преимущественному воздействию

психогенных факторов, а также использования методов объективной диагностики в прогнозировании и контроле эффективности коррекции факторов риска [7].

Нами была проведена разработка данных подходов, включающих определение ведущих факторов риска, разработку способа верификации риска с использованием исследования показателей вегетативной нервной системы, разработку оригинальных алгоритмов профилактики, включающих обучение сотрудников ОВД, работу психолога, контроль эффективности посредством анкетирования и объективного обследования.

Целью исследования является оценка степени коррекции основных факторов риска артериальной гипертензии (АГ), хронических заболеваний, сопровождающихся синдромом бронхиальной обструкции (бронхиальная астма и ХОБЛ), а также язвенной болезни с использованием разработанных подходов.

Материалы и методы исследования:

В рамках данного раздела исследования были обследованы 366 сотрудников ОВД в возрасте от 27 до 45 лет, имеющих в различных комбинациях факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, хронических обструктивных заболеваний легких с синдромом бронхиальной обструкции и язвенной болезни.

При этом обследованные были распределены на три основных группы в зависимости от преобладающего риска (без повторов). В группу риска сердечно-сосудистой патологии были включены 172 человека, заболеваний органов дыхания – 81 и 113 – язвенной болезни и других хронических заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Проводилось анкетирование, полное объективное обследование и по результатам данных исследований – определение показателей вегетативной нервной системы с использованием методики вариационной интервалометрии по Баевскому [8], компьютерной спирометрии [9] и ФЭГДС – в качестве объективных методов обследования.

После этого в течение 3-6 месяцев проводились необходимые профилактические мероприятия согласно разработанным алгоритмам. Далее проводилось контрольное исследование, результаты которого определяли степень коррекции факторов риска.

Результаты исследования и их обсуждение:

Из 172 сотрудников ОВД, включенных в группу риска сердечно-сосудистых заболеваний, подгруппа коррекции факторов риска составила 97 обследованных, под-

группа сравнения – 75 человек, репрезентативных по возрасту и составу факторов риска основной.

Данные, характеризующие динамику основных факторов риска в подгруппе коррекции относительно исходных, представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Частота выявления факторов риска АГ и сердечно-сосудистых заболеваний до и после внедрения алгоритма профилактики

Фактор риска	До использования алгоритма		После использования алгоритма	
	абс.	%	абс.	%
Курение	66	68,0	53	54,6
Психо-эмоциональный стресс	70	72,2	64	66,0
Снижение физической активности	47	48,5	33	34,0
Повышение ИМТ	25	25,8	14	14,4
Гипергликемия	19	19,6	13	13,4
Гиперхолестеринемия	7	7,2	6	6,2
Симпатикотония	49	50,5	42	43,3
Высокий нормальный уровень АД	20	20,6	19	19,6
Пограничная АГ	8	8,2	3	3,1

Примечание - * - различия между показателями до и после внедрения алгоритма достоверны, $p < 0,05$

В качестве основных факторов риска, поддающихся в той или иной мере коррекции, нами были избраны: курение; стресс; гиподинамия; повышение ИМТ; гипергликемия; гиперхолестеринемия; симпатикотония; повышение АД.

В динамике наблюдения отмечалось определенное снижение частоты всех вышеуказанных факторов. В наибольшей степени уменьшилось число случаев пограничной АГ, причем через 12 месяцев только у 1 человека из 8 (в исходе) были зарегистрированы значения АД, соответствующие артериальной гипертензии I ст., а у остальных 4 отмечалось снижение показателей до уровня высокого нормального АД.

Значительные успехи были получены в плане коррекции повышения ИМТ. Относительно исходного показателя количество обследованных с повышенными и высокими уровнями ИМТ уменьшилось на 44,0%. Отмечалась коррекция гипергликемии (в первую очередь, связанной с нарушениями толерантности к глюкозе). Различия с исходным показателем частоты данных нарушений составили 31,6%. Мы связываем это с резким увеличением приверженности лиц, прошедших коррекцию, диете.

Отмечалось также повышение физической активности обследованных. В сравнении с исходными показателями число лиц с гиподинамией уменьшилось на 29,8%. В меньшей степени удалось скорректировать курение. Снижение частоты наличия данного фактора риска составило 19,7% относительно исходной.

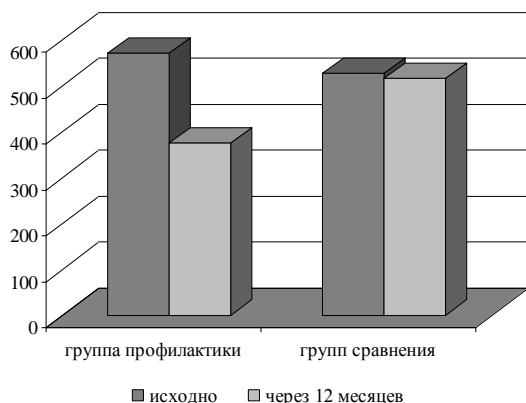


Рисунок 1 - Динамика показателя ИН вариационной интервалограммы у сотрудников ОВД, прошедших и не прошедших обучение профилактическим мероприятиям

Незначительно изменялись частоты остальных факторов.

Динамика основных поведенческих факторов риска и некоторых параметрических признаков, также характеризующих риск развития АГ и сердечно-сосудистых осложнений в сравнении с показателями группы обследованных, не подвергавшихся профилактическим мероприятиям, представлены на рисунках 1-3.

На рисунке 2 отображено среднее содержание глюкозы в крови обследованных лиц сравниваемых групп.

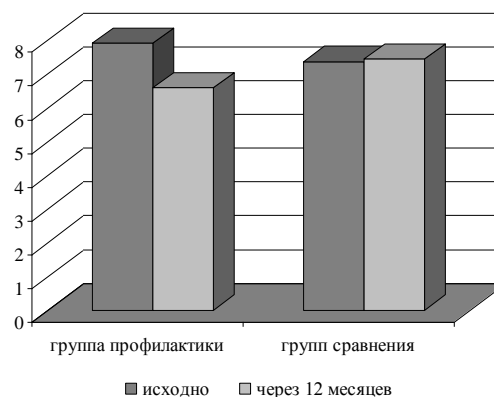


Рисунок 2 - Динамика содержания глюкозы в крови у сотрудников ОВД, прошедших и не прошедших обучение профилактическим мероприятиям

В результате проведенных профилактических мероприятий и обучающей программы, за счет внедрения в случае необходимости адекватного диетического питания, а также, при необходимости, применения сахароснижающих препаратов, было достигнуто уменьшение среднего уровня глюкозы в крови при гликемической пробе с $7,92 \pm 0,35$ до $6,60 \pm 0,31$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Динамика содержания общего холестерина у обследованных группы риска в зависимости от проведения обучения профилактическим мероприятиям и целенаправленного амбулаторного ведения представлена на рисунке 3.

Отмечалось достоверное снижение показателя (с $4,87 \pm 0,30$ до $4,41 \pm 0,25$ ммоль/л). В то же время, у обследованных группы сравнения имелась тенденция данного показателя к росту.

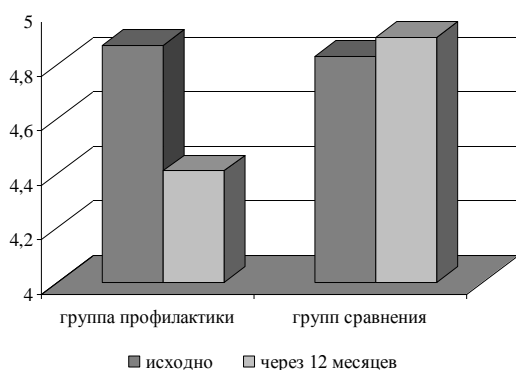


Рисунок 3 - Динамика содержания холестерина в крови у сотрудников ОВД, проходивших и не проходивших обучение профилактическим мероприятиям

Результаты профилактических мероприятий в отношении факторов риска хронических заболеваний легких с синдромом бронхиальной обструкции оценива-

лись на материале повторного обследования 81 сотрудника ОВД. При этом у 44 человек проводилась коррекция факторов риска путем обучения методам профилактики и их использования, а в 37 случаях осуществлялось только динамическое наблюдение (группа сравнения).

В качестве основных регулируемых факторов риска хронических заболеваний, связанных с наличием синдрома бронхиальной обструкции, были избраны курение, явления сезонных аллергических реакций, хронические заболевания ЛОР-органов. Кроме того, как следует из данных ряда исследований, высокая вариабельность ПСВ, даже в отсутствие клинической симптоматики, является одним из ключевых признаков, свидетельствующих о возможности развития бронхиальной обструкции (при БА).

Результаты анализа вышеуказанных показателей у лиц с высоким риском развития хронических заболеваний, связанных с наличием синдрома бронхиальной обструкции до и после внедрения профилактической программы и алгоритма, представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Частота выявления факторов риска БА и ХОБЛ до и после внедрения алгоритма профилактики

Фактор риска	До внедрения алгоритма		После внедрения алгоритма	
	абс.	%	абс.	%
Курение	39	88,6	26	59,1
Явления поллиноза	17	38,6	13	29,5
Хронические заболевания ЛОР-органов	13	29,5	5	11,4
Высокая вариабельность ПСВ	10	22,7	4	9,1

Примечание - * - различия между показателями до и после внедрения алгоритма достоверны, $p < 0,05$

Из таблицы 2 видно, что относительное число курящих обследованных снизилось в результате проведенной работы на 33,3%. Благодаря проведению противоаллергической терапии (в том числе специфической) удалось снизить частоту явлений сезонной поллиноза на 23,5%.

Очень значительно снизилась частота несанированных хронических заболеваний ЛОР-органов (на 61,5%).

Частота случаев высокой вариабельности ПСВ уменьшилась на 60,0%, что свидетельствует об адекватной стабилизации состояния слизистой оболочки бронхиального дерева.

В таблице 3 представлены данные динамического обследования показателей ПСВ в группе проведения обучения профилактическим мероприятиям.

Таблица 3 - Динамика показателей ПСВ и спирометрии у сотрудников ОВД с факторами риска хронических заболеваний легких, сопровождающихся синдромом бронхиальной обструкции в результате проведения профилактических мероприятий

Показатель	До внедрения алгоритма	После внедрения алгоритма
ПСВ	77,2±6,1	88,5±6,4
Вариабельность ПСВ	15,9±1,1	9,6±0,8*
ОФВ ₁	82,2±5,9	89,4±6,0
ПОС	83,0±6,6	91,7±6,5
ЖЕЛ	96,5±6,8	97,3±7,0
ФЖЕЛ	92,8±6,2	96,5±7,7
МОС25	79,4±5,7	85,2±5,6
МОС50	82,3±6,5	88,0±5,9
МОС75	83,1±6,0	90,3±7,2

Примечание - * - различия между показателями до и после внедрения алгоритма достоверны, $p < 0,05$

Видно, что по отношению к ситуации до внедрения алгоритма отмечалось улучшение практически всех функциональных показателей легких. В то же время, достоверных различий с исходным обследованием не было, за исключением одного параметра – вариабельности ПСВ, которая снизилась на 39,7% ($p < 0,05$).

В целом полученные результаты свидетельствуют больше в пользу профилактической, чем лечебной эффективности разработанного подхода. В то же время, его основная направленность является именно таковой.

Курение, нарушения диеты и в целом режима питания, наличие психо-эмоционального стресса, геликобак-

терная инфекция являются компонентами этиологии язвенной болезни согласно различным теориям ее генеза и современной многофакторной теории [10].

Поэтому нами была проведена коррекция именно этих факторов и оценка ее эффективности в группе из 58 обследованных с высокой частотой таковых и наличием хронического гастрита.

В группу сравнения вошли 55 обследованных, аналогичных по возрасту, стажу работы в ОВД и отношению к категориям личного состава основной группе.

Полученные в результате исследования данные представлены в таблице 4 и на рисунках 4-5.

Таблица 4 - Частота выявления факторов риска язвенной болезни до и после внедрения алгоритма профилактики

Фактор риска	До внедрения алгоритма		После внедрения алгоритма	
	абс.	%	абс.	%
Курение	51	87,9	41	70,7
Нарушения режима питания	41	70,7	28	48,3
Психо-эмоциональный стресс	39	67,2	33	56,9
Контаминация слизистой НР	41	70,7	6	10,3
Поверхностный гастрит	33	56,9	21	36,2

Примечание - * - различия между показателями до и после внедрения алгоритма достоверны, $p < 0,05$

Частота курения в результате проведения профилактических мероприятий снизилась на 19,6% относительно исходной, нарушений режима питания – на 31,7%. В меньшей степени уменьшилось, по мнению обследованных частота психо-эмоционального стресса.

Проведенная в составе лечения на фоне применения профилактических подходов эрадикационная терапия дала эффект в 85,4% случаев контаминации слизистой НР.

Снизилась частота поверхностного гастрита. Различия с исходным показателем составили 36,4%.

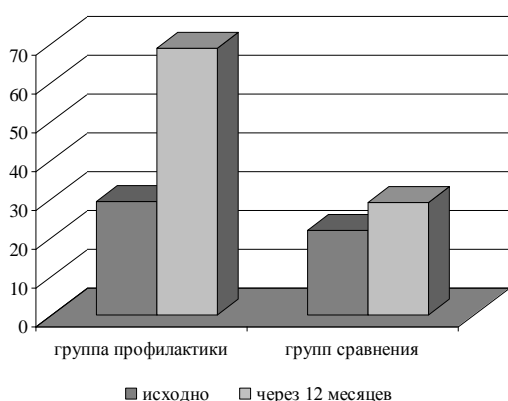


Рисунок 4 - Динамика числа лиц, соблюдающих рекомендованную диету в группах профилактических мероприятий и сравнения

Как видно на рисунке 4, отмечался достоверный рост числа лиц, соблюдавших рекомендованную диету в группе обучения профилактическим мероприятиям. У обследованных группы сравнения подобной динамики не было зарегистрировано.

Определенный интерес представляли изменения частоты функциональных расстройств ЖКТ (рисунок 5).

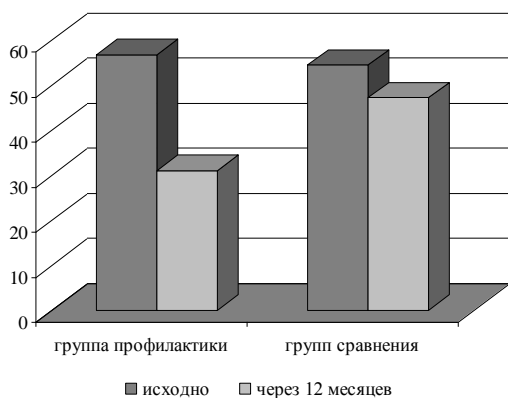


Рисунок 5 - Динамика симптоматики функциональных расстройств ЖКТ в группах профилактических мероприятий и сравнения

Отмечалось снижение этого показателя в группе профилактических мероприятий и практическое отсутствие изменений в группе сравнения.

В выделенной группе применения профилактических мероприятий результат эрадикации был выявлен гораздо чаще, и только в этой группе он соответствовал требованиям консенсуса Маастрихт-3.

Вероятно, данный результат был связан с более частым проведением полного курса эрадикационной терапии после осуществленных с сотрудниками профилактических бесед и обучающих курсов.

Таким образом, в целом полученные данные свидетельствовали о достоверном снижении частоты факторов риска во всех случаях – сердечно-сосудистой патологии, хронических заболеваний легких с синдромом бронхиальной обструкции и язвенной болезни.

Применение разработанного подхода и алгоритмов по каждой из групп заболеваний, как мы считаем, позволит снизить частоту развития хронических неэпидемических заболеваний у сотрудников ОВД не только к исходу, но и в процессе службы, повысить их трудоспособность и качество жизни.

Литература:

- Бовин Б.Г., Киселева Е.А., Калашников М.О. Профессионально-личностные качества сотрудников ОВД // Известия МЦПО и КНИ. - 1996. - №2. - С.35-47.
- Вахов В.П., Лопушанская Н.А. Особенности психотерапии инвалидов, бывших сотрудников МВД // Материалы II Всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии. - М., 1997.
- Чазова И.Е. Лечение АГ как профилактика сердечно-сосудистых осложнений // Сердечная недостаточность. - 2002. - №1. - С.14-16.
- Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. - М., 2002.
- Передерий В.Т., Ткач С.М., Скопченко С.В. Язвенная болезнь: прошлое, настоящее, будущее. - К., 2003. - 256 с.
- О совершенствовании профилактических услуг в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи / Приказ МЗ РК №644 от 25.12.2006 г.
- Колотилин Г.Ф., Косых Н.Э., Савин С.З. Модели распространения социально значимых заболеваний // Фундаментальные исследования. - 2006. - №2. - С. 47-48.
- Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. - М., 1984. - 222 с.
- Aggarwal A.N., Gupta D., Jindal S.K. Development of a simple computer program for spirometry interpretation // J. Assoc. Physicians India. - 2002. - Vol.50, № 4. - P.567-570.
- Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии. Гастроэнтерология. - 2004. - №6 (1). - С.10-15.

Ішкі істер органдары қызметкерлерінің созылмалы эпидемиялық емес ауруларының тәуекел факторларын коррекциялау

А.А. Калкенова, Т.К. Рахыпбеков

Зерттеу мақсаты – әзірленген тәсілдердің көмегімен артериалды гипертензия, бронхиалды обструкция синдромы бар созылмалы аурулардың және ойық жара ауруларының негізгі тәуекел факторларын коррекциялау дәрежесін бағалау.

Зерттеу барысында жүрек тамыры ауруы, бронхиалды обструкция синдромы бар созылмалы обструктивті өкпе ауруы және ойық жара ауруы дамуының әр түрлі комбинациядағы тәуекел факторлары бар ішкі істер органдарының 27-45 жас аралығындағы 366 қызметкері байқалды.

Алынған мәліметтер тәуекел факторлары жиілігінің барлық жағдайда төмендегенін көрсетеді. Аурулардың әрбір тобы бойынша коррекциялаудың әзірленген тәсілдер мен алгоритмдерін қолдану ішкі істер органдары қызметкерлерінің созылмалы эпидемиялық емес ауруларының даму жиілігін қызметінің барысында және аяғына қарай төмендетуге, олардың еңбек қабілеттілігін және өмір сүру сапасын арттыруға мүмкіндік береді.

УДК 616.8-009.186-08

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

С.И. Ботабаев, Е.А. Мукушев, А.Ж. Бекбосынов, Т.Б. Кисаменов, М.К. Кирпін, Е.Д. Кыркымбаев
Государственный медицинский университет г. Семей

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей является одним из наиболее распространенных проявлений системного атеросклероза [1]. Частота его развития в популяции достигает 5-7%, а у лиц пожилого возраста – до 15% (чаще у мужчин – 20-25%).

Совершенствование лечения облитерирующего атеросклероза и его осложнений является одной из важных задач современной ангиологии.

Вышеуказанный результат может быть достигнут только путем комплексного подхода, включающего консервативные и оперативные методы лечения данной патологии.

В настоящее время разработаны и широко применяются в клинической практике новые подходы к коррекции эндотелиальной дисфункции, основанные на применении медикаментозных препаратов, активирующих продукцию вазодилатирующих, антитромботических факторов, важнейшим из которых является оксид азота (NO) [2,3]. С другой стороны, хорошие результаты достигаются в клинике посредством использования препаратов простагландина, часть эффектов которых также опосредуется нормализующим влиянием на состояние сосудистого эндотелия [4].

Положительное влияние препаратов вышеуказанных классов при их комплексном применении могут суммироваться или взаимно усиливаться, что послужило основанием для разработки предлагаемого способа лечения.

Предлагаемый способ [5] осуществляется следующим образом. При поступлении больного проводится

комплексное обследование с определением степени функциональных нарушений артерий нижних конечностей. При установлении субкомпенсированной степени артериальной недостаточности нижних конечностей назначается сочетание препаратов небиволол по 1 таблетке (5 мг) 1 раз в сутки (утром) и вазопростан внутривенно капельно 40 мкг в сутки курсом продолжительностью 14 дней.

Способ был применен у 25 больных с субкомпенсированным стенозом артерий нижних конечностей. Все пациенты находились в возрасте от 50 до 62 лет, средний возраст – 58,6±1,6 года, все – мужского пола. В группу сравнения были включены 23 пациентов мужского пола, средний возраст – 57,4±2,0 года, получавших традиционную терапию (аспирин постоянно, трентал 5 мл внутривенно в течение 14 суток, реополиглукин 200 мл внутривенно капельно ежедневно в течение 7 суток, солкосерил по 2 мл внутривенно 1 раз в сутки в течение 14 суток, галидор по 2 мл внутривенно 1 раз в сутки в течение 14 суток, витамины группы В в течение 14 суток).

Нами проведен сравнительный анализ показателей динамики содержания метаболитов NO в крови больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей на фоне традиционной терапии и использования разработанного способа (на 10 сутки лечения в условиях стационара). Результаты исследования отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика содержания метаболитов NO у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в зависимости от проводимого лечения (общая группа)

Содержание метаболитов NO (мкг/мл)	Группа обследованных				
	Контрольная группа здоровых лиц, n=20	Больные облитерирующим атеросклерозом, получавшие традиционную терапию, n=23		Больные облитерирующим атеросклерозом, получавшие разработанную терапию, n=25	
			до лечения	после лечения	до лечения
- в крови	0,23±0,01	0,13± 0,01**	0,16± 0,01**	0,13± 0,01**	0,20± 0,01*##^
- в моче	0,42±0,02	0,27± 0,02**	0,31± 0,01*#	0,29± 0,01**	0,40± 0,02##^

Примечания

Достоверность различий с контрольной группой – * (p<0,05), ** (p<0,01)

Достоверность различий с показателем до лечения – # (p<0,05), ## (p<0,01)

Достоверность различий с показателем группы сравнения – ^ (p<0,05)

В среднем по всей группе обследованных на фоне традиционной терапии без применения средств, оказывающих влияние на состояние сосудистого эндотелия, содержание метаболитов NO имело тенденцию к росту, недостоверную – в крови и достоверную (на 14,8%) – в моче ($p < 0,05$).

При применении небиволола данная динамика была достоверной в обоих случаях и составляла, соответственно, 53,8% ($p < 0,01$) – в крови и 37,9% ($p < 0,01$) – в моче.

Различия по показателю между группами после лечения также были достоверными ($p < 0,05$ как в отношении уровня в моче, так и в крови).

В целом динамика к повышению содержания метаболитов NO в крови характерна для хронической сосу-

дистой (артериальной) недостаточности в различных бассейнах при улучшении функции эндотелия и, соответственно, повышении кровоснабжения тканей.

Таким образом, рост содержания метаболитов NO в крови у больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей на фоне применения небиволола был ассоциирован главным образом с пациентами, у которых отмечалось быстро прогрессирующее течение с резким исходным снижением показателя.

Взаимосвязанные с представленными выше характеристиками уровня метаболитов NO в крови и моче показатели были выявлены в отношении влияния разработанного способа на показатели эндотелийзависимой вазодилатации в пробе с реактивной гиперемией (таблица 2).

Таблица 2 - Динамика пробы с реактивной гиперемией при применении в лечении больных облитерирующим атеросклерозом небиволола

Показатель	Группа обследованных				
	Контрольная группа здоровых лиц, n=20	Больные с облитерирующим атеросклерозом, получавшие традиционную терапию, n=23		Больные с облитерирующим атеросклерозом, получавшие разработанную терапию, n=25	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Эндотелий-зависимая вазодилатация (%)	20,6±1,1	10,4±0,6**	11,5±0,7**	10,1±0,7**	14,9±0,8***^
Примечания: Достоверность различий с контрольной группой – * ($p < 0,05$), ** ($p < 0,01$) Достоверность различий с показателем до лечения – # ($p < 0,01$) Достоверность различий с показателем группы сравнения – ^ ($p < 0,05$)					

Исходные показатели вазодилатации в пробе в подгруппах были практически равными. Однако после традиционной терапии в соответствующей подгруппе произошло лишь минимальное и статистически недостоверное повышение данного показателя (на 10,6%, $p > 0,1$). При этом сохранялись высокодостоверные различия показателя в данной группе с контрольным уровнем у здоровых лиц.

На фоне проводимой консервативной терапии с применением небиволола был зарегистрирован достоверный рост показателя, в том числе по отношению к группе сравнения. Различия его с исходным уровнем составили 47,5% ($p < 0,01$), с показателем традиционной терапии – 29,6% ($p < 0,05$). Соответственно снизилась

выраженность и степень достоверности различий с контрольной группой здоровых лиц. Если до лечения в данной подгруппе она составляла 51,0% ($p < 0,01$), то после применения небиволола – 27,7% ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о большей патогенетической обоснованности применения небиволола в лечении больных с быстро прогрессирующим течением и с сопутствующей артериальной гипертензией.

Данные, характеризующие динамику показателей системы гемостаза при лечении больных без применения вазопростана, с использованием данного препарата и его сочетания с небивололом через 10 суток от начала терапии, представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Динамика исследованных показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза на 10 сутки лечения

Показатель	Контрольная группа здоровых лиц, n=20	Больные с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей			
		Традиционное консервативное лечение, n=23		Применение вазопростана и небиволола, n=25	
		до лечения	10 сутки	до лечения	10 сутки
ИАТ, %	47,2±3,8	69,3±5,1*	64,2±4,5*	69,6±4,4*	52,6±3,7#^
СИАТ, %	55,9±4,3	78,9±6,6*	71,7±5,5*	79,5±5,2*	61,8±5,0#
ИДТ, %	17,3±0,7	10,2±0,7***	12,5±0,7***	9,9±0,5***	16,0±1,0###^
ФВ, мг/мл	0,49±0,02	1,16±0,08***	1,18±0,05***	1,15±0,08***	0,67±0,04*##^
Примечания: Достоверность различий с контрольной группой – * ($p < 0,05$), ** ($p < 0,01$), *** ($p < 0,001$) Достоверность различий с показателем до лечения – # ($p < 0,05$), ## ($p < 0,01$) Достоверность различий с показателем группы сравнения – ^ ($p < 0,05$), ^^ ($p < 0,01$)					

Нарушения в состоянии системы гемостаза у больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей носили комплексный характер и заключались в одновременном достоверном повышении агрегационных свойств тромбоцитов со снижением дезагрегации.

Видно, что на фоне традиционной консервативной терапии практически не было получено динамики показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза. Сохранялось выраженное повышение АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, снижение

уровня дезагрегации, высокое содержание в крови фактора Виллебранда.

Более выраженная положительная динамика состояния сосудисто-тромбоцитарного звена системы иммунитета была достигнута при применении комбинации вазопростана и небиволола.

Степень снижения индуцированной агрегации тромбоцитов (ИАТ) составила 24,4% относительно исходного уровня ($p < 0,05$) и на 18,0% - относительно традиционной терапии ($p < 0,05$). Суммарный индекс агрегации

(СИАТ) также имел достоверную динамику к снижению на 22,3% ($p < 0,05$).

Более значительным среди исследованных групп было повышение индекса дезагрегации тромбоцитов (ИДТ). Относительно исходного показателя оно составило 61,6% ($p < 0,01$), при сравнении с группой традиционной терапии – 28,0% ($p < 0,05$). Содержание в крови фактора Виллебранда (ФВ) также имело достоверную динамику. Показатель снизился на 41,7% ($p < 0,01$), хотя и оставался достоверно ($p < 0,05$) повышенным в сравнении с контрольной группой практически здоровых лиц.

Таблица 4 - Толерантность к нагрузке у больных с субкомпенсированной формой атеросклероза нижних конечностей (НК IIA-IIВ) в зависимости от проводимой терапии (средняя длина дистанции, проходимой до развития болевой симптоматики, м)

Группа больных	Срок обследования		
	до лечения	10 суток	30 суток
Традиционная терапия	186±17	205±26	221±35
ТТ + вазопростан и небиволол	165±20	250±27*	284±30*

Примечание: * - различия с показателем до лечения достоверны, $p < 0,05$

Как видно из полученных данных, применение традиционной терапии, хотя и приводило к развитию определенного повышения толерантности к физической нагрузке у больных с субкомпенсированными формами, однако различия с исходным показателем не были достоверными. В подгруппах основной группы уже при обследовании через 10 суток было достигнуто увеличение проходимого расстояния в среднем на 51,5% при применении сочетания вазопростана и небиволола ($p < 0,05$). При обследовании в амбулаторных условиях, через 30 суток соответствующий результат составил 72,1% ($p < 0,05$). В то же время, достоверных различий с показателями группы сравнения при обследовании не было.

Клинический пример:

Больной С., 56 лет, Диагноз: Облитерирующий атеросклероз. Окклюзия поверхностной бедренной артерии с обеих сторон. Хроническая ишемия нижних конечностей IIБ степени.

При поступлении жалобы на зябкость, чувство онемения обеих стоп при ходьбе, перемежающуюся хромоту (толерантность к ходьбе – 150-200 м). Объективно – при осмотре нижние конечности симметричные, отеков нет, кожа на стопах и голени бледной окраски, сухая. Волосистой покров голени обеднен, ногтевые пластинки утолщены. Подкожные вены заполнены слабо, в горизонтальном положении – спадаются. Отмечается умеренная гипотрофия икроножных мышц. Пульсация над брюшной аортой и в проекции общих бедренных артерий определяется, на подколенных артериях, артериях тыла стопы и задних большеберцовых отсутствует.

В проекции общей бедренной артерии выслушивается слабый систолический шум.

При контрастной ангиографии артерий нижних конечностей справа визуализируется область бифуркации общей бедренной артерии. Отмечается умеренной выраженности «изъеденность» контура внутренней стенки артерий. Просвет общей бедренной артерии сохранен. Глубокая бедренная артерия проходима, с ровными контурами и развитой сетью коллатералей. Поверхностная бедренная артерия ниже бифуркации на 4,5 см окклюзирована, также с развитыми коллатеральными ветвями. Подколенная и берцовые артерии с выраженным стенозом (до 70%). Слева область бифуркации контрастируется. Глубокая бедренная артерия проходима, с ровными контурами и с умеренно развитой коллатеральной сетью. Поверхностная бедренная артерия до средней трети сужена примерно на 50%, дистальнее средней трети вплоть до бифуркации подколенной артерии не визуализируется. Сеть коллатералей развита

Таким образом, применение сочетания вазопростана и небиволола давало в отношении данных показателей синергический эффект, что, вероятно, связано со способностью небиволола к коррекции нарушений функции сосудистого эндотелия.

Симптоматика недостаточности кровообращения в клинике облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей исчерпывается болевым синдромом, показатели которого представлены в таблице 4.

умеренно. Берцовые артерии с умеренным стенозом (на 30-40%).

Содержание метаболитов NO в крови – 0,14 мкг/мл, эндотелийзависимая вазодилатация – 10,0%, ИАТ – 67,7%, СИАТ – 76,2%, ИДТ – 9,8%, ФВ – 1,05 мг/мл.

В условиях специализированного стационара было назначено консервативное лечение, включающее применение разработанного способа с сочетанием небиволола и вазипростана.

Через 10 суток повторное обследование выявило динамику показателей функционального состояния сосудистого эндотелия и гемостаза к нормализации. Содержание метаболитов NO в крови в этот срок составило 0,19 мкг/мл, эндотелийзависимая вазодилатация – 15,0%, ИАТ – 58,1%, СИАТ – 62,8%, ИДТ – 12,3%, ФВ – 0,90 мг/мл. Отмечалось повышение толерантности к ходьбе с 160 м до 205 м, т.е., на 28,1%.

Таким образом, использование разработанного способа позволяет добиться более выраженной в сравнении с традиционной консервативной терапией компенсации патогенетических механизмов, способствующих прогрессированию сосудистой недостаточности и формированию обострений: снижения продукции оксида азота и степени эндотелийзависимой вазодилатации, активации сосудисто-тромбоцитарного гемостаза.

Представленные данные и клинические примеры свидетельствуют о возможности широкого применения разработанного способа в современной ангиологии.

Литература:

1. Арасланова В.М. Комплексное лечение больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей с использованием методов рефлексотерапии: автореф. дисс. к.м.н. – М., 2005. – 32 с.
2. Затейщикова А.А., Затейщиков Д.А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение // Кардиология 1998; 9: 68-80.
3. Dinerman J.L., Dawson T.M., Schell M.J. et al. Endothelial nitric oxide synthase localized to hippocampal pyramidal cells: implications for synaptic plasticity // Proc Natl Acad Sci USA. - 1994. - Vol. 91. - P.4214-4218.
4. Покровский А.В., Дан В.Н., Чупин А.В. и др. Вазопростан (простагландин Е1) в комплексном лечении критической ишемии нижних конечностей при атеросклеротическом поражении артерий // Ангиол. и сосуд. хир. – 1996. - №1. – С.63-72.
5. Приоритетная справка по заявке 2010/0115.1 от 28.01.2010 г.

УДК 616.351-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОКТИТА**Н.Е. Берикханов****Городская поликлиника №2, г. Тараз**

Парапроктит встречается наиболее часто среди колопроктологических заболеваний и занимает 4-е место после геморроя, анальных трещин, колитов и составляет 20-40% всех болезней прямой кишки [9,13,30].

Большинство авторов придерживаются криптогляндулярную теорию развития парапроктитов. В литературе встречаются разноречивые данные о тактике лечения парапроктитов. Одни авторы предлагают радикальную операцию в экстренном порядке. Сторонники данной тактики использовали для этого лигатурный метод, дозированной сфинктеротомии, рассечение свища в просвет прямой кишки, криптэктомии. Отрицательным моментом этой операции является часто развивающаяся недостаточность анального сфинктера, приводящая к инвалидизации пациента [7,17,23,26,33,37].

Другие авторы предлагают вначале вскрытие и дренирование гнойника, а затем госпитализировать больного вновь для радикальной плановой операции [3,28,30,37]. Некоторые авторы предлагают отсроченные операции, после вскрытия гнойника в экстренном порядке, не выписывая больного из стационара, через 2-3 недели производят радикальную операцию. При этом авторы использовали лигатурный метод, рассечение свища с ушиванием сфинктера, пластические операции [3,4,14]. Некоторые авторы сначала производили пункционную аспирацию гноя, промывали полость гнойника через эту иголку антисептиками, а операцию проводили на следующий день после обследования и подготовки толстой кишки. Приведенные выше данные свидетельствуют об отсутствии единой тактики лечения при сложных формах парапроктита. В настоящее время многие авторы убеждены в целесообразности индивидуального метода операции в зависимости от локализации гнойной полости и от отношения гнойного хода к волокнам сфинктера [5,7,16,22,32].

P. Jones и P. Siwek отметили, что при запоздалой операции, кроме распространения гнойно-воспалительного процесса и разрушения мышечных структур сфинктера, увеличивается внутреннее отверстие абсцесса за счет расплавления окружающих тканей, что в дальнейшем затрудняет его заживление [34].

В настоящее время все большее распространение стали получать методики радикальных операций, позволяющих снизить количество осложнений. Некоторые авторы применяли наложение вторичных швов на рану после вскрытия острого парапроктита и получили хорошие результаты. Многие хирурги и проктологи получили удовлетворительные результаты при экстрасфинктерном расположении свища путем наложения лигатуры и постепенного ее затягивания [3,9,21,30]. Послеоперационная недостаточность анального жома при лечении парапроктитов чаще всего встречается при применении лигатурного метода. В НИИ проктологии МЗ Российской Федерации применяют этот метод с дополнением: после опорожнения, широкого иссечения гнойника и обнаружения экстрасфинктерного хода иссекается внутреннее отверстие в области анальной крипты окаймляющим разрезом, проникающим в глубину до мышечного слоя; внутреннее отверстие выскабливается, проводится лигатура, укладывается строго по средней линии и тонический затягивается [9]. Но при этом после лигатурного метода по данным автора послеоперационная

недостаточность анального сфинктера 1-2 степени имела в 1,6% случаев.

В.Д. Федоров и другие авторы считают, что лигатурный метод весьма болезненный и мучительный, имеет строгие показания и должен применяться тогда, когда безуспешны другие методы. Поэтому лигатурный метод в литературе считается операцией «отчаяния». [9,30].

С целью профилактики развития этого осложнения Ю.В. Дульцев (1989) предложил способ лечения острого парапроктита, суть которого заключается в фиксации краев пересеченного сфинктера к краям кожной раны [9].

К.А. Жакипбаев (2002) предложил специальное устройство для контролируемой дозированной сфинктеротомии при лечении сложных форм острого парапроктита, позволяющее значительно снизить процент рецидивов и послеоперационных осложнений [10].

Для снижения числа недостаточности анального сфинктера ряд авторов рекомендуют использовать методику интраоперационного или отсроченного наложения кетгутовых швов на пересеченный сфинктер [2,5,22,35]. Однако такие швы, особенно без должного послеоперационного ведения, часто бывают несостоятельными, приводя к недостаточности анального жома. Д.К. Камаева с соавторами (2000г.) предлагают модификацию традиционного лигатурного метода. Авторы использовали латексную лигатуру взамен обычной шелковой лигатуры. Преимущество латексной лигатуры, по словам авторов, заключается в пересечении волокон сфинктера под постоянным круговым сдавливанием латексного кольца. Это позволяет уменьшить диастаз пересекаемых мышц за счет их удержания рубцовой тканью. Авторы указывают на недостатки традиционного метода использования шелковой лигатуры. Применение шелковой лигатуры создает условия для возникновения явлений миофиброза и поддерживает воспаление в ране [16]. Э.Б. Аюпян для предупреждения ранних послеоперационных осложнений и рецидивов предлагает дополнить операцию иссечением соседних близлежащих крипт, если они изменены, а если имеются крипты с глубокими кармашками - их рассечением (профилактическая криптэктомия) [2].

В поисках методов радикального лечения острого парапроктита, щадящий анальный сфинктер, предложен ряд пластических операций: пластическое смещение слизистой, применение аллотрансплантата, свободная первичная аутодермопластика, пластика свободным лоскутом широкой фасции бедра, фиксированным цианакриллатным клеем МК-7, ушивание внутреннего отверстия в поперечном направлении и закрытие дефекта вторым слоем бокового перемещения слизистой анального канала, мобилизация и низведение различных по протяженности сегментов всех слоев стенки прямой кишки с фиксацией низведенного сегмента у края перианальной кожи, пластическое закрытие внутреннего отверстия свища при высоких экстрасфинктерных свищах прямой кишки путем смещения слизистой - подслизистого лоскута прямой кишки [1,3,8,14,31,35,36,37]. Различные модификации закрытия внутреннего свищевого отверстия со смещением слизистой с применением аутолоскутов, предложенные многими авторами не нашли широкого применения из-за отторжения лоскутов на фоне острого воспаления слизистой оболочки прямой кишки.

Многообразие литературных данных свидетельствует об отсутствии единых взглядов на хирургическую тактику и способы оперативного лечения парапроктита. После выполняемых радикальных операций при парапроктите продолжают сохраняться такие осложнения как рецидивы парапроктита, формирование свищей прямой кишки и развитие недостаточности анального сфинктера, требующие повторной хирургической коррекции. Поэтому вопросы лечения данного заболевания являются актуальными и дискуссионными, и по сей день, продолжая интересовать практических врачей и ученых, обуславливая необходимость поиска новых, более рациональных и функционально оправданных хирургических вмешательств.

Учитывая множества существующих методов оперативного лечения парапроктитов, В. С. Крот с соавторами (2000) предлагают выделить следующие основные тактические моменты хирургических вмешательств:

- при подкожно-подслизистых, ишиоректальных парапроктитах, имеющих интрасфинктерное сообщение с просветом прямой кишки выполнить вскрытие и дренирование гнойника с иссечением гнойного хода в просвет прямой кишки по Рыжиху - Бобровой.

- при ишиоректальных парапроктитах с трансфинктерным гнойным ходом, проходящим через поверхностную порцию анального сфинктера, целесообразно выполнить вскрытие и дренирование гнойника с рассечением гнойного хода в просвет кишки.

- при ишиоректальных и ретроректальных формах с затеками, а также пельвиоректальных гнойниках с трансфинктерным (более 1/3 порции анального жома) гнойным ходом, при всех парапроктитах с экстрафинктерным сообщением необходимо вскрытие гнойника и наложение лигатуры [18].

В настоящее время признана целесообразность индивидуального метода операции в зависимости от отношения свищевого хода к волокнам сфинктера и расположение гнойника в параректальной клетчатке с учетом выраженности гнойно-воспалительного процесса.

Т.И. Мартынова подчеркивает трудность лечения промежностных ран, имеющих свои особенности. К ним относится постоянное бактериальное загрязнение раны содержимым прямой кишки, невозможность иммобилизации раны из-за тонического и волевого сокращения мышц анального сфинктера и промежности, наличие в большинстве случаев, хронического воспалительного процесса и рубцовых изменений в тканях, окружающих рану у больных с длительно существующими воспалительными процессами из-за рецидивирующих и хронических свищей параректальной клетчатки [21].

Для ускорения процесса регенерации раны используются магнитотерапия, лазеротерапия, ультрафиолетовое облучение, ультразвук, озонотерапия, вакуумная обработка раны, применение пульсирующей струй жидкости, гипербарическая оксигенация, сорбенты с включенными в их состав различными лекарственными препаратами. Эти способы лечения ран имеют не только положительные, но и отрицательные стороны, такие как применение дорогостоящей аппаратуры, кратковременное воздействие лекарственных препаратов, травматичность для грануляционной ткани, а некоторые из этих методов лечения представляют серьезную агрессию для тканей, вовлеченных в гнойный процесс. М.А. Каленбаев (2001) для лечения посттравматических свищей прямой кишки использовал озонотерапию, ультразвук и ультратонотерапию, что позволило купировать воспалительные явления в зоне хирургического вмешательства и стимулировать регенераторные способности тканей [15]. В своей диссертационной работе

Борсова Ф.З. (2001) предлагает использовать для обработки раны озон в сочетании с эритроцитарными фармакоцитами с последующим наложением швов на рану и дренированием послеоперационной раны перфорированной силиконовой трубкой.[6].

Распространенность острого и хронического парапроктита, особенно среди лиц трудоспособного возраста, а также высокая частота послеоперационных рецидивов заболевания и осложнений, несмотря на применение различных способов улучшения результатов лечения парапроктита, требуют поиска новых, более совершенных методов лечения больных, что делает эту проблему особенно актуальной.

Но эта проблема остается еще нерешенной в современной проктологии.

Литература:

1. Абуладзе Т.В. Применение аллотрансплантата и искусственных трансплантатов при хирургической коррекции прямокишечных свищей. //Актуальные вопросы колопроктологии. / Тез. докл. - Киев.-1989.с.199-201.

2. Аюбян А.С., Эксюзян Г.Э., Манукян Э.В., Агамалян С.С. АООТ "НИИ проктологии" Улучшение результатов лечения больных с острым парапроктитом. Проблемы колопроктологии. Выпуск 18, М. 2002г., стр.24-28

3. Аминев А.М. Пластические операции в проктологии. Куйб. книж. изд-во, 1973. - С. 39-45.

4. Блинничев Н.М., Андрианов А.В. Хирургическое лечение ректовагинального травматического свища. Вест. хирургии. -1978. - Т. 135, №9. - С. 66-68.

5. Болквандзе Э.Э. Выбор метода хирургического лечения больных острым парапроктитом с экстрафинктерным гнойным ходом.// Проблемы колопроктологии. - Вып.16.- М.-1998.- С. 484-487.

6. Борсова Ф.З., Комплексное лечение острого парапроктита с применением озона эритроцитарных фармакоцитов. Дис. канд. мед. наук. Астана. 2001год.

7. Васюков С.М. Радикальное хирургическое лечение острого парапроктита: Дис. ... канд. мед. наук. М 1985.

8. Воробьев Г.И., Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.Л. Клиническая классификация и методы лечения больных с острым рецидивирующим парапроктитом с экстрафинктерным ходом. Хирургия. 1995 -№3, С. 8-11.

9. Дульцев Ю.В., Саламов К.К. Парапроктит. М: Медицина 1981; 208.

10. Жакипбаев К.А., Макишев А.К., Мун Н.В. Особенности диагностики и лечения парапроктита. Проблемы колопроктологии. Вып.16.-М.-1998.с.46-49.

11. Жумадилов Ж.Ш., Первичный шов в хирургии острого парапроктита. Медицинский журнал Казахстана № 3. 2004год, г. Алматы

12. Жумадилов Ж.Ш., III Всемирный Конгресс по клинической патологии и реабилитации. 4-11февраля 2005. Паттая, Таиланд.

13. Жумадилов Ж.Ш., Результаты лечения больных с парапроктитом в общехирургической клинике. Наука и здрав. 2003; 3: 87-89.

14. Ишимов М.С. Хирургическое лечение глубоких форм острого парапроктита с применением аллотрансплантата. Дис. канд. мед. наук - М.- 1990. - 20 с.

15. Каленбаев М.А. Хирургическая тактика при посттравматических свищах прямой кишки. Автореф. дис. канд. мед. наук. Алматы. 2001год.

16. Камаева Д.К., Коплатадзе А.М., Ким С.Д., Болквандзе Э.Э. Лечение больных парапроктитом методом латексной лигатуры. Хирургия 2000 10: 31-34.

17. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., Смирнов С.Г. Лечение сложных форм острого парапроктита // Хирургия.- 1992.- №2.- С. 144-151.
18. Крот В. С., Крот С. Я., Лопатин И. Д., Петрушенко В. И., Выбор метода лечения острого парапроктита. ГГКБ 2, г. Гомель, Респ. Беларусь. 2000 год.
19. Лаврешин П.М. К диагностике и лечению острого парапроктита // Вестник хирургии. 1987.- №9.- С. 67-69.
20. Мамакаев М.М., Сопуев А.А., Салибаев О.А., Измерение СПРАВ в диагностике течения раневого процесса. Хирургия, 2000, № 1. С 54-56.
21. Мартынова Т.И., Дульцев Ю.В. Фрейдлина Т.Я. Лечение диоксидом ран промежности и прямой кишки. Всесоюз. симпозиум.- Рязань.-1978.-С. 13-14.
22. Марченко В.К. Лечение свищей прямой кишки, осложненных недостаточностью анального жома. Пробл. проктологии. В.10.М.1999. С24-29.
23. Назаров Л.У. Прямокишечные свищи на почве острого парапроктита. Отдаленные результаты лечения: Дис. канд. мед. наук. - М., 1984.
24. Островский Е.М. Хирургическая тактика при лечении ректовагинальных свищей прямой кишки. Дисс.... кандидата медицинских наук. Алматы 1998.
25. Пархисенко Ю.А., Попов Р.В. Новое в диагностике и лечении острого парапроктита. Проблемы колопроктологии. Вып. 17.- М.-2000.- С. 171-172.
26. Рыжих А.Н., Гельфенбейн Л.С. Лечение некоторых форм недостаточности анального жома. Сб. статей Вып.5.- М, 1970.- С. 129-130.
27. Сахаутдинов В.Г., Тимербулатов В.М. Комплексное лечение больных острым парапроктитом. Метод, рекомендации /МЗ Башк. АССР, Уфа.-1987.- с.67
28. Султанов Г.А. Острый парапроктит. Баку, 1991.
29. Тимербулатов В.М. Оптимизация методов диагностики, комплексного лечения больных острым парапроктитом: Дис. ... д-ра мед. наук. Уфа, 1989.
30. Федоров В.Д., Воробьев Т.Н., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. М1994; 427
31. Шешаберидзе М.С. Новый метод оперативного лечения сложных экстрасфинктерных и некоторых трансфинктерных свищей прямой кишки.// Проблемы колопроктологии./ Вып. 17.- М.-2000.- С.231-237.
32. Corman M.L. Colon and rectal surgery. //Philadelphia. PA. - 1992. - 765 p.
33. Eisenhammer S. Emergency fistulectomy of the acute primary anorectal cryptoglandular abscess/fistula in ano // S.Afr.J. Surg.-1985.-Vol.23.-N.L-P.1-7.
34. Jones N.A.S. The treatment of acute abscesses by incision, curettage and primery suture under antibiotic cover//Br.J. Surg.- 1986. 73:93-95.
35. Lowry A.C., Thorson A.G., Rothenberger D.A., Goldberg S.M. Repair of simple rectovaginal fistulas // Dis. Colon Rect. - 1988. - V.41, №5. -P. 331-336.
36. Matapurkar BG; Rehan HSS.J. Hospital, New Delhi. New technique for repair of complex genitourinary rectal fistulae using peritoneum for urethral reconstruction and an interpositional tissue. Indian Journal of Urology. 1997 Sep; 14(1): 36-44.
37. Pichmaier H. Die operativ Behandlung der Anal-fistein. 1984.-N.35.-P.161-166.

Парапроктиттің емінің қазіргі принциптері

Н.Е. Берікханов

Парапроктиттің емінің қазіргі принциптері туралы отандық және шетел әдебиетіне шолу нәтижесі парапроктитті хирургиялық емдеуге көзқарастың әрқилы екенін көрсетті. Операциядан кейінгі рецидивтер мен асқынулардың жоғары жиілігі науқастарды емдеудің жаңа, жетілдірілген тәсілдерін талап етеді. Бұл мәселенің шешімін іздеудің ғылыми және тәжірибелік маңызы зор.

Modern principles in the treatment of proctitis

N.E. Berikhanov

Analysis of various literatures of modern methods of treatment of proctitis shows an absence of unified opinion for surgical technique and choice of an operative treatment of proctitis. The large frequency of post operative recurrence and complications demands a search for a new, more modern methods of treatment for proctitis. Further study of this problem allows a huge interest as in science as well as in clinical practice.

УДК 616.379-008.64

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДА ЕРЕСЕК ТҰРҒЫНДАР АРАСЫНДАҒЫ ҚАНТТЫ ДИАБЕТТІҢ 2-ТҮРІ МЕН ИНСУЛИНРЕЗИСТЕНТТІЛІКТІҢ ТАРАЛУЫ

Ж.М. Жуманбаева

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Қантты диабет - әлемде кең таралған аурулардың бірі, ол экономикасы дамыған және дамушы елдердің тұрғындарында да кездеседі. IDF мәліметтері бойынша 2009 жылы жер бетінде 285 млн адамға жеткен, науқастардың негізгі бөлімін (90 %) қантты диабеттің 2-түрімен ауыратындар құрайды, болжамдар бойынша егер мұндай өсім сақталатын болса, онда сандық көрсеткіш 2025 жылға қарай 300 миллионнан астам адамға жетеді.

Бұл аурудың таралуы «инфекциялық емес эпидемия» сипатына ие болды, ол қоғамдық денсаулық сақтаудың өмір сүрудің сапасын төмендететін, ерте мүгедектікке әкелетін, асқынулардың кеш

сатыларына байланысты жоғары өлімділікке әкелетін маңызды мәселелерінің бірі болып табылады.

Қантты диабет өлімділікте 2-3 есе жоғарлатады, жүректің ишемиялық ауруының және миокард инфарктісінің даму қауіптері 2 есе, бүйрек патологиясының дамуы 17 есе, аяқ гангренасы 20 есе, артералық гипертензияны 3 еседен көп жоғарлатады, соқырлыққа әкелетін себептердің ішінде 1 орында қантты диабет болып табылады. Қантты диабетпен ауыратындардың өлімінің негізгі себептеріне жүрек - қан тамыр және церебро-вазкуляры аурулар, атеросклероз және созылмалы бүйрек жетіспеушілігі жатады. Қантты диабетпен ауыратындардың орташа өмір сүру

ұзақтығы тұрғындардың басқа топтарымен салыстырғанда 6-12 жылға кем болады.

Қантты диабеттің 2-түрінің ерекшеліктерін ескере отырып, бұл ауру ұзақ уақыт бойы байқалмауы мүмкін, болжамдар бойынша аурудың негізгі таралуы тіркелгеніне қарағанда 2-3 есе жоғары. АҚШ-та өткен үшінші ұлттық денсаулық және тамақтануды зерттеу кезінде тұрғындар арасында қантты диабеттің 2-түрінің диагноз қойылмаған жағдайларының таралуының жоғары екендігін көрсетті, орта есеппен алғанда – 2,7 % -ды құрайды, ал 50-59 жастағы еркектер мен әйелдер арасында – 3,3 % және 5,8 % -ды құрайды. Қантты диабеттің 2-түрі ауыр мүгедектік асқынулардың дамуымен, жұмыс істеу қабілетінің толық жойылуымен және ерте өлімге әкелумен сипатталады. Әртүрлі қантты диабетпен ауыратындарда (зерттелушілердің орташа жасы 67) диабеттің асқынуларының таралуын зерттейтін Cost of Diabetes in Europe – Type 2 (CODE-2) мәліметтері бойынша 59% науқастарда асқыну болған, ал зерттелгендердің 23 % - да 2, ал 3 % -да қантты диабеттің 2-түрі бойынша 3 асқыну болған. Жүрек-қан тамыр патологиясы 43 %, церебро-вакулярлы 12 % науқастарда анықталды. Қантты диабеттің 2-түрімен ауыратындарда ауырмайтындарға қарағанда жүрек-қан тамыр патологиясы 3-4 есе жоғары болады. Көптеген дамыған елдерде қантты диабетпен өлімділік көрсеткіші бойынша 3-4 орынды иеленеді, соқырлық және көру өткірлігінің бұзылысының да жетекші себебі болады. Қантты диабеттің екінші түрінің дамуына инсулин секрециясының жетіспеушілігі фонында дамиды инсулинрезистенттілікке әкеледі. Ол генетикалық бейімділігі бар адамдарда пайда болады және үдейді. Инсулинрезистенттілік кезінде глюкозаның инсулин тәуелді тіндерге (бұлшық ет, май) түсуі төмендейді. Бауырда глюкозаның өңдірілуінің жоғарылауы гипергликемияға әкеледі. Соған байланысты В-жасушаларда инсулин өндірілуі жоғарылап, жағдайды қалыпты деңгейде ұстап тұрады. Инсулин-резистенттіліктің айқындалуының жоғарылауы кезінде В-жасушалардың инсулин бөлу қабілеті төмендейді. Бастапқыда бұл постпрандиальды кезеңінде гипергликемияның пайда болуымен көрінеді. Глюкоза толеранттылық бұзылысы ЖИА-ны 2 есе, жүрек-қан тамыр ауруынан болатын өлімді 1,5 есе көбейтетінін эпидемиологиялық зерттеулер көрсетіп тұр. Глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы қауіп факторларына тәуелсіз жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларының өлім себебі болады. Метаболикалық синдром кезінде жүректің коронарлық ауруы және инсульттің даму қаупі 3 есе жоғары. Сондықтан бұл дерттің алдын алу және емдеудің маңызы зор.

Біздің зерттеудің мақсаты: Семей қаласының ересек тұрғындар арасындағы инсулинрезистенттілікті және қант диабетінің 2-түрінің таралуын зерттеу.

Зерттеу әдістерімен материалдар: Қант диабетінің 2- түрі анық клиникалық симптомдары болмағандықтан және оның диагностикасы науқастар кеш қаралатындықтан қиынға түседі. Аурудың ерте кезеңін анықтау және алдын алу мақсатында қант диабетінің 2-түрін скринингілеу әдісі ойлап табылды. Қантты диабетке скрининг жүргізу осы ауруға қауіп факторлары бар адамдар арасында жүргізілуіне негізделген. Қант диабетінің 2-түрін скринингілеу мынадай негізгі топтарда белсенді жүргізілді:

БМСК жағдайында 2370 адамнан аш қарында алынған қанның құрамындағы глюкозаны анықтауға зерттеу жүргізілді. Барлық зерттеу үшін Семей қаласының әр түрлі ЖДА-дан амбулаторлы картасының

нөмірі бойынша адамдар алынды. 4000 адам зерттеуге жолданды, зерттеуге келгені - 60,4%.

Кесте 1 - Респонденттер арасында жас кезеңімен жүргізу нәтижесі бойынша қантты диабеттің таралуы

Тексерілген әйелдер саны	1349 адамды
құрады(56,9%), ал ер адамдар– 1021 (43,1%).	
18 жастан 30 жасқа дейін	259 адам
31 жастан 40 жасқа дейін	399 адам
41 жастан 50 жасқа дейін	511 адам
51 жастан 60 жасқа дейін	558 адам
61 жастан 70 жасқа дейін	391 адам
70 жастан жоғары	252 адам

Қантты диабет диагнозын қою үшін гликемия деңгейін зертханалық анықтау, яғни аш қарынға таңертең глюкоза деңгейін капилляр қанында 6,1 ммоль/м деңгейінде болуы керек.

Алынған нәтижелер: Семей қаласында біріншілік және жалпы қант диабеті ауруының өсуі қант диабетінің 2-түріне байланысты. Семей қаласында қантты диабеттің таралуы 01.01.2000 ж – 100000 адамға шаққанда 135,5 адам тіркелген. 2009 ж 100000 адамға шаққанда 210 адам тіркелген. Толеранттылық құрылымының бұзылысы бірінші орында – 70 жастан жоғары (25,4%), екінші орындағылар - 61-70 жас аралығындағылар (24,8%).

Жастар арасында толеранттылық бұзылысының жиілеуі назар аудартатын жағдай. Бұл көрсеткіш 31-40 жас аралығындағыларда 16,5%, ал 41-50 жас аралығындағыларда 19,4%-ға жеткен. Толеранттылық бұзылысы анықталған тұрғындар 51-60 жас аралығында 5,2%- ға дейін қант диабетіне жиі шалдығатындығы анықталған. Тұрғындарға скрининг жүргізу – аурды ерте анықтауға, емдеуге және асқынулардың алдын алуға болатындығын көрсетті. Зерттеу қорытындысы глюкозаға толеранттылық бұзылысы ер адамдар арасында біршама жоғары екендігін көрсетеді.

Әдебиеттер:

1. King H., Rewers M WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults // Diabetes Care, 1993, № 16, P.157-177.
2. Park Y.-W., Zhu S., Palamappan L., Heshka S., Carnethon M.R., Heeysfield S.B. The metabolic syndrome: prevalence and associated risk factor findings in the US population from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994 // Arch Intern Med., 2003, Vol.163, P.427-436.
3. Ruige J.B., Neelmg de J.N.D., Kostense P.J., Bouter L.M., Heine R.J. The performance of an NIDDM screening questionnaire based on symptoms and risk factors // Diabetes Care, 1997, №20, P. 491-496.
4. Harris M.I., Klein R., Welborn T.A., Knuiam M.W. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis // Daibetes Care, 1992, №15, P. 815-819
5. Haffner S.M. Insulin sensitivity in subjects with type 2 diabetes // Diabetes Care, 1999, Vol.22, P.562-568.
6. Davis T.M., Stratton I.M., Fox C.J., Holman R.R., Turner R.C. UK prospective study 22: effect of age at diagnosis on diabetic tissue damage during the first 6 years of NIDDM// Diabetes Care, 1997, №20, P. 371-375
7. Harris M.I., Flegal K.M., Cowie C.C. et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance in US adalts. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994 // Diabetes Care, 1998, №21, P.518-524.

9. Балаболкин М.И., Креминская В.М. Эндокринология, Москва: Универсум пубблишинг, 1998, 0.367-470.

10. Аметов А.С. Инсулиннезависимый сахарный диабет — основы патогенеза и Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики. Под ред. И.Н.Денисова.— М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.— 720 с.

11. Девятко В.Н., Аканов А. А., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане: концепция, проблемы и перспективы, Алматы, 2001, 100с.

12. Zimmet P Быстрый рост распространенности сахарного диабета 2 типа и угроза эпидемии этого заболевания в будущем., Медикография, 1999, 21 (№4), С.7-14.

В статье представлены данные о распространенности сахарного диабета в г. Семей. В зависимости от пола респондентов отмечено достоверное превышение частоты нарушений толерантности к глюкозе у лиц мужского пола - 24,4%, а у женщин - только 15,7% ($p < 0,05$) при практически равной частоте сахарного диабета.

Таким образом, проведенный скрининг среди населения показал, высокую частоту выявляемости инсулинорезистентности и сахарного диабета 2 типа, что позволяет проводить раннюю профилактику выявленных заболеваний и возможных осложнений.

There are data about spreading of Diabetes Mellitus in the Semey state in the article. It's noticed increasing of frequency of disturbed tolerance to glucose depending from the sex of respondents: among males - 24,4 %, among females - 15,7 % ($p < 0,05$), there is equal morbidity by Diabetes Mellitus among them.

Thus, performed skrinning among population has been showed high frequency of revealing of insulindependance and Diabetes Mellitus type 2, allowing to perform early prophylaxis of revealed diseases and possible complications.

УДК 616.441-084

ШКОЛА ГИПОТИРЕОЗА И ЕЕ РОЛЬ В ОБУЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ

А.С. Масадыхов

Региональный онкологический диспансер г.Семей

В современной структуре лечебно-профилактической помощи большую роль играют мероприятия, направленные на организацию участия самих больных в процессе лечения. В рамках этого направления создаются общественные объединения, организации взаимопомощи и школы больных с рядом хронических заболеваний. В условиях стран СНГ доминируют объединения и школы больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой, артериальной гипертензией и другими хроническими соматическими заболеваниями [1-3].

Гипотиреозные состояния – фактор риска развития большого числа тяжелых заболеваний, предиктор стойкого снижения качества жизни. Этот вывод может быть сделан на основании анализа большого числа современных исследований [4-6]. Однако до настоящего времени практически не существует направления в их выявлении, профилактике и лечении, учитывающего потенциальную роль самих больных и их родственников.

Недостаточной является и подготовка врачей ПМСП в плане ранней диагностики патологии щитовидной железы, ее лечения и ведения в амбулаторных условиях [7]. Преобладание субклинического гипотиреоза, ранее не считавшегося патогенетически важным состоянием, в структуре нарушений функции щитовидной железы, отсутствие сведений о распространенности, значимости и диагностике его в материалах циклов повышения квалификации для семейных врачей настоятельно требует формирования дополнительных источников информации.

Одним из основных направлений работы по профилактике и лечению злокачественных новообразований щитовидной железы и послеоперационному ведению прореченных больных сформированной в Региональном онкологическом диспансере г.Семей онкоэндокринологической службы служит деятельность «Школы гипотиреоза», функционирующей под контролем онкоэндокринологической службы.

Были сформулированы критерии и пути подбора контингента для обучения. К числу контингентов отнесены:

1. Больные с тиреоидной патологией, подвергавшиеся хирургическому лечению;

2. Больные с тиреоидной патологией, сопровождающейся нарушениями тиреоидной функции, верифицированной в результате комплексного обследования;

3. Лица с субклиническими формами тиреоидной недостаточности;

4. Лица с высоким риском развития функциональных нарушений щитовидной железы (подвергавшиеся внутреннему облучению за счет инкорпорации изотопов йода, имеющие производственный или непрофессиональный контакт с веществами, токсичными для тканей щитовидной железы);

5. Члены семьи больных с нарушениями тиреоидного статуса в случае необходимости их вмешательства;

6. Врачи системы ПМСП и стационаров общего профиля (терапевтических и хирургических).

Пути поступления лиц для осуществления обучения в «Школе гипотиреоза» включают следующие:

– первичное поступление и лечение по месту функционирования Школы (РОД г.Семей);

– направление другого ЛПУ;

– самоявка;

– активное выявление лиц с нарушениями тиреоидного статуса в популяции, проводимое силами онкоэндокринологической службы либо другими ЛПУ;

– приглашение членов семьи больных с тиреоидной патологией;

– направление со стороны ЛПУ, органов руководства здравоохранения или самоявка врачей ПМСП или врачей других специальностей, нуждающихся в повышении знаний в области тиреоидной патологии, ее выявления, лечения и профилактики.

«Школа гипотиреоза» в качестве цикла добровольных бесплатных лекций и практических занятий при поликлинике Регионального онкологического диспансера функционирует со второй половины 2007 г.

За время работы «Школы гипотиреоза» в ней прошли обучение более 1000 больных и их родственников, причем осуществлялась поддержка не только пациентов, прошедших лечение в РОД г.Семей со злокачественными новообразованиями щитовидной железы, но

и больных, имеющих первичные формы гипотиреоза, оперированных в других клиниках города Семей и в других регионах, по поводу патологии щитовидной железы различной природы.

Анализ результатов функционирования Школы в отношении объема и эффективности обучения больных

проведен в отношении данных 837 пациентов, прошедших соответствующее обучение в 2007-2009 гг.

Полученные данные численного распределения представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Число и структура лиц, прошедших обучение в «Школе гипотиреоза» в динамике за 2007-2009 гг.

Категория обследованных	2007 г. (2-я половина)	2008 г.	2009 г.
Больные, оперированные по поводу рака щитовидной железы	32*	88*	135*
Больные, оперированные по поводу доброкачественных образований щитовидной железы	17*	115*	160*
Больные с другими формами тиреоидной патологии	9	73	208
Всего	58	276	503

Примечание - * - учитывая больных, оперированных в предшествующие сроку обучения годы

В динамике было выявлено значительное увеличение числа лиц, которые проходили обучение в «Школе гипотиреоза». Если за второе полугодие 2007 г. общее число обученных и консультированных лиц составило 58, то уже за 2008 г. – 276, а в 2009 г. – 503, т.е., средняя динамика к росту показателя числа больных по времени превысила двукратную в пересчете на год.

Несмотря на строгую добровольность выполнения рекомендаций «Школы гипотиреоза», отмечалось явное превышение относительного числа больных, которые прошли обучение, в плане динамического контроля тиреоидного статуса (таблица 2).

Таблица 2 - Частота определения тиреоидного статуса и МПКТ у лиц с гипотиреозом, прошедших обучение в ШГТ и прочих, находившихся под наблюдением

Показатель	Группа			
	прошедшие обучение в ШГТ, n=837		прочие больные, n=1125	
	абс.	% охвата	абс.	% охвата
Число исследований Т4 (в пересчете на 1 год)	3,7	95,5	2,6	77,8
Число исследований ТТГ (в пересчете на 1 год)	3,5	94,1	2,0	75,1
Число исследований МПКТ (в пересчете на 1 год)	0,6	47,1	0,3	27,4

После проведения обучения в ШГТ было зарегистрировано увеличение числа исследований тиреоидного статуса и минеральной плотности костной ткани как признаков наиболее частых осложнений тиреоидной патологии. В среднем по каждому из параметров превышение процента охвата в исследованных группах достигало 20%. Следует учитывать, что численность 20%-ной группы больных с гипотиреозом в рамках г.Семей, учитывая данные популяционного исследования тиреоидного статуса, может достигать ___ человек.

Более значительной в группе больных, прошедших обучение в ШГТ, была частота исследований показателей тиреоидного статуса и МПКТ (от 16% до 40% относительно группы сравнения).

Таким образом, проведение занятий в «школе гипотиреоза» способствует более адекватному выполнению диагностических процедур в ходе динамического наблюдения за больными с тиреоидной патологией.

Результаты лечения данных больных в амбулаторных условиях представлены на рисунке 1.

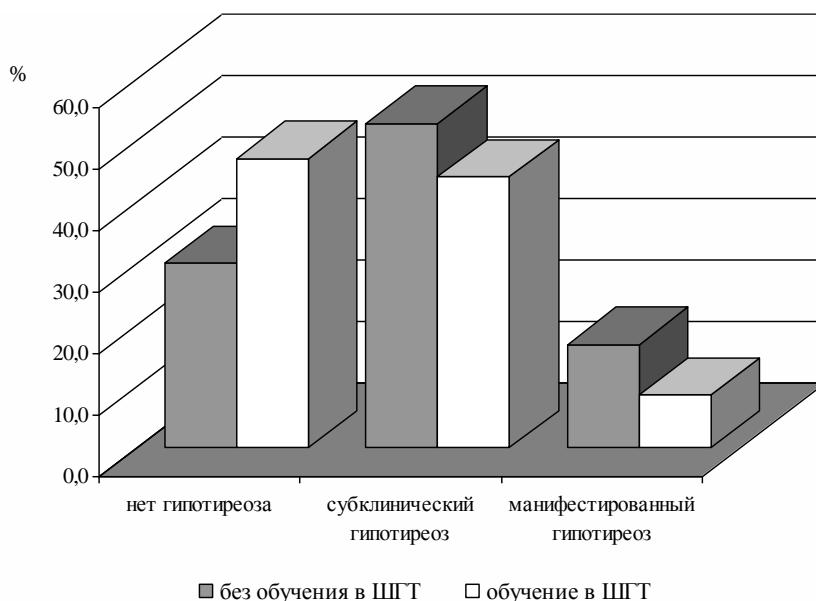


Рисунок 1 - Частота клинически манифестированного и субклинического гипотиреоза в зависимости от обучения в ШГТ

Результаты соответствующего анализа продемонстрировали, что отсутствие гипотиреоза в группе обучения в ШГТ было зарегистрировано почти в половине случаев (47,2%), в то время как без обучения – только в 30,2% (p<0,05). Соответственно снижалась после прохождения обучения частота субклинического и тем более – клинически манифестированного гипотиреоза (с

52,9% до 44,2% и 16,9% до 8,6% соответственно, p<0,05 в обоих случаях).

Результаты сравнительного анализа качества жизни в группах обследованных больных (106 – в контингенте без обучения в ШГТ и 292 – после такового) представлены на рисунке 2.

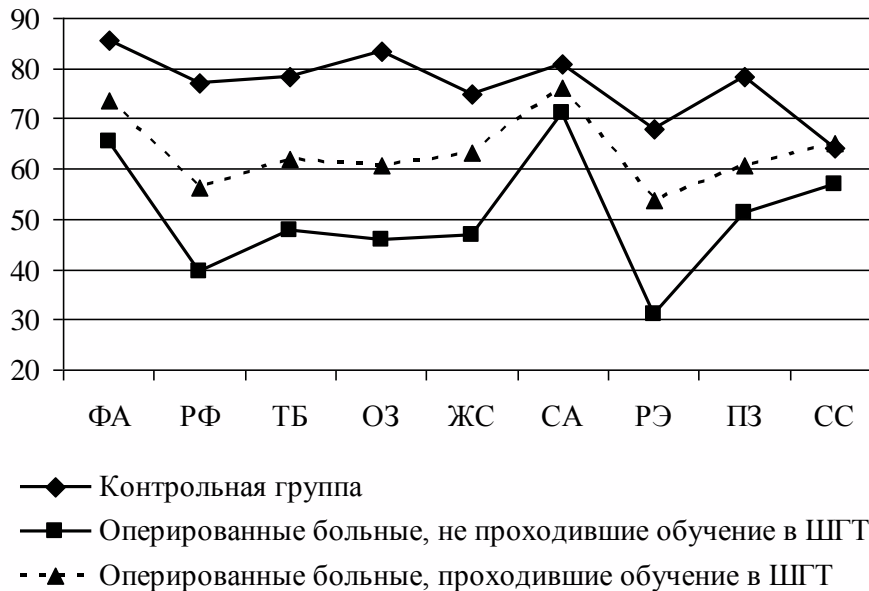


Рисунок 2 - Результаты анализа качества жизни у больных, оперированных на щитовидной железе, в зависимости от обучения в ШГТ

Из представленных данных видно, что уровень качества жизни у больных, проходивших обучение в Школе, хотя по большинству шкал методики SF-36 и не достигал средних величин контрольной группы. Достоверные различия с группой сравнения в сторону повышения были выявлены по шкалам РФ, ОЗ, ЖС и СС (p<0,05), а также РЭ (p<0,01).

Таким образом, в целом по всем проанализированным объективным параметрам проведение обучения больных в «Школе гипотиреоза» способствовало формированию улучшения – как в отношении тиреоидного статуса, так и качества жизни.

Относительно небольшой временной промежуток функционирования Школы не позволил нам получить достоверных данных по частоте развития осложнений гипотиреоза.

Для объективизации деятельности Школы гипотиреоза в плане повышения квалификации медицинских работников нами был проведен анализ показателей обучения на ее базе врачей и среднего медицинского персонала по количественным и качественным показателям.

Полученные данные представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3 - Количество врачей и средних медицинских работников, прошедших обучение в Школе гипотиреоза по вопросам его диагностики и лечения

Профиль деятельности	Врачи		Средние медработники	
	абс.	%	абс.	%
ПМСП	27	61,4	16	66,7
Стационарная помощь	14	31,8	8	33,3
Другие	3	6,8	0	0,0
Всего	44	100,0	24	100,0

Таблица 4 - Результаты анализа отношения врачей и средних медицинских работников к качеству обучения в Школе гипотиреоза

Результат обучения	Категория медработников			
	врач, n=44		средний медработник, n=24	
	абс.	%	абс.	%
Значительное повышение знаний и практических навыков	15	34,1	13	54,2
Повышение знаний и практических навыков	23	52,3	7	29,2
Повышение знаний, но не практических навыков	2	4,5	3	12,5
Повышение практических навыков, но не знаний	3	6,8	1	4,2
Нет повышения знаний и практических навыков	1	2,3	-	-

Всего за время функционирования Школы гипотиреоза нами было проведено в инициативном порядке повышение квалификации у 68 врачей и медицинских

сестер, непосредственно работающих с пациентами с высоким риском развития онкологических заболеваний

органов эндокринной системы или с большими эндокринологическим профилем.

В том числе 61,4% врачей и 66,7% средних медицинских работников относились к системе ПМСП, большинство остальных – к системе стационарной медицинской помощи.

По завершению курса обучения нами была проведена оценка отношения данных медицинских работников к степени полезности проведенного курса по 2 основным градациям – знаний и практических навыков.

Среди врачей более чем в половине случаев сложилось мнение, что проведение обучения способствовало повышению как знаний, так и практических навыков по обслуживанию больных с патологией эндокринной системы и выявлению ранних признаков злокачественных новообразований.

Еще в 1/3 случаев респонденты указали на то, что повышение их знаний и практических навыков было значительным.

Только в 11,3% случаев было указано на неполную эффективность проведенного курса обучения – в отношении отсутствия повышения знаний или практических навыков, и только в 2,3% (1 респондент) – об отсутствии полезности.

Среди средних медицинских работников на значительное повышение знаний и практических навыков указали более 50% респондентов.

В 16,7% случаев средние медработники сочли проведенное обучение малоэффективным, чаще по причине недостаточного улучшения практических навыков.

Таким образом, проведенный анализ отношения медицинских работников к качеству подготовки на инициативных курсах при Школе гипотиреоза позволяет считать его удовлетворительным.

В целом данные, характеризующие результаты хотя и непродолжительного, но достаточно объемного определения результатов функционирования «Школы гипотиреоза», свидетельствуют о значительной эффективности применения данного подхода в отношении помощи больным с нарушениями тиреоидного статуса. Не менее значительными оказались функциональные результаты обучения врачей и средних медицинских работников.

Литература:

1. Бельтюков Е.К. Локальная программа помощи больным бронхиальной астмой: организационные, эпидемиологические и фармакоэкономические аспекты: пособие для врачей и организаторов здравоохранения. – М., 2003. – 37 с.

2. Холодова Е.А., Мохорт Т.В., Скрипленок Т.Н. Библиотека школы сахарного диабета. – М.: Novo Nordisk, 2009. – 153 с.

3. Касаткина Э.П., Сичинава И.Г. Профилактика поздних осложнений сахарного диабета у детей и подростков. Пути оптимизации диспансерной службы // Сахарный диабет. – 1999. - №2(3).

4. Болезни щитовидной железы / Под ред. Л.И.Бравермана. - М., Медицина, 419 с.

5. Анциферов М.Б., Свириденко Н.Ю., Синдром гипотиреоза: диагностика и лечение. Методические рекомендации. Москва, НПЦ ЭМП. 2005.

6. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз. Руководство для врачей. Москва, «РКИ Соверо пресс», 2002.

7. Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Галкина Н.В. Роль терапевта поликлиники в выявлении и лечении диффузного эутиреоидного зоба // Терапевтический архив. - 2009. - Том 81, N 1. - С. 47-48.

УДК 616.379-008.64

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ҚАНТТЫ ДИАБЕТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ КЕЗЕҢ БОЙЫНША ТАЛДАУ (2000-2009 жж)

Ж.М. Жуманбаева, М.Ж. Еспенбетова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Қантты диабеттің екінші түрі әлеуметтік ауру, оның асқынуы мен өршуі денсаулық сақтау саласында және жалпы қоғамда үлкен маңызға ие. Оның дамуы тұқым қуалаушылыққа, өмір салтына, тамақтану тәртібі және иммундық дисфункция сияқты жағымсыз факторларға байланысты [9]. Зерттеу нәтижелеріне сүйенсек, кейінгілері қолайсыз экологиялық жағдайы бар аймақтарда пайда болады. Қазақстан Республикасында ондай аймақтарға Семей өңірі және Семей қаласы жатады.

Қантты диабеттің екінші түрінің папуляцияда таралуын, олардың жағдайын бақылау қажеттілігін, емдік шараларды ұйымдастыру және асқынулардың екіншілік алдын алу сияқты мәселелерді шешуде біріншілік медициналық-санитарлық көмек (БМСК) маңызды орын алады.

БМСК жүйесі дамыған елдерде алынған нәтижелер көрсеткендей, қантты диабеттің 2-түрінің негізгі мәселелерін, оның ішінде: қауіп топтарын реттеу; ауруды ерте анықтау; қан құрамындағы қант мөлшерін бақылау; тамырлық асқынулардың екіншілік алдын алуын клиникалық сектор емес, медициналық көмектің дәл осы жүйесі шешеді.

Қазіргі уақытта біздің еліміздегі БМСК жүйесі қантты диабеттің 2-түрін уақытында анықтауды, тұрақты емдеуді және науқастарды жүргізудің қажетті деңгейіне жете

қойған жоқ. Сонымен қатар заманға сай жағдайда популяциялық скрининг жүргізудің айқын алгоритмдері жоқ. Осы уақытқа дейін Семей өңірінде науқастардың құрылымы және тұрғындардың репрезентативті топтарындағы факторлар анықталған жоқ.

20-60% қантты диабетпен ауыратындар аурудың кеш кезеңдерінде анықталады немесе мүлдем анықталмайды, қантты диабетпен ауыратындарды ерте кезеңінде анықтау үшін тұрғындардың жүйелік скринингін өткізу қоғамдық денсаулық сақтаудың өзекті мәселелерінің бірі болып табылады [8,9]. Глюкозаға толеранттылықты анықтау үшін көпшілікті тестілеуді ұйымдастыру қиындықтарына және материалдық шығындарға байланысты қиындық тудырады, сондықтан скринингтің неғұрлым қол жетімдісін және әсерлісін іздеу қантты диабетпен ауыруы мүмкін деген адамдардан алынуы керек. Ересектердегі қантты диабеттің 2-түрімен анықталған науқастармен анықталмағандардың таралымы бірдей деуге болады.

Жұмыс мақсаты: Семей қаласында қантты диабетпен аурушаңдықты 10 жыл ішінде 2000 жылдан 2009 жылға дейінгі аралықта зерттеу болып табылады.

Зерттеу әдістері: Қант диабетімен ауыратын науқастарға медициналық көмекті жаңа ұйымдастыру технологиялармен жүзеге асыруды іздеу қоғамдық денсаулық сақтаудың басты мәселелерінің бірі.

Осыған байланысты біз Семей қаласында қант диабетімен ауыратындарға амбулаторлы-емханалық және стационарлық көмектің көлемі мен құрылымының тереңдетілген талдауы мен деңгейін бағалауды жүргіздік.

Нәтижелері және оларды талдау:

Қазіргі таңда Семей қаласында қантты диабетпен ауыратын 5221 адам тіркелген[7]. Соңғы 10 жыл ішінде диабетпен ауыратындар саны екі есе өсті. 2000 жылы қантты диабеттің таралуы 100000 адамға шаққанда 135,5 адам, ал 2009 жылы 100000 адамға шаққанда 210,0 адамға сәйкес келді [1,2,3,4,5,6,7]. Зерттеу көрсеткішінің жалпы тенденциясы қантты диабеттің жоғарлауына бағытталады. Тұрғындар арасында скринингтік шараларды жүргізудің арқасында сырқаттанушылықтың ең жоғарғы көрсеткіші 2003 жыл болғандығы анықталды.

Кесте - Семей қаласындағы қантты диабетпен аурушандықты талдаудың нәтижелері (2000-2009 жж) - 100000 тұрғынға

Р/н	Жылдар	Қантты диабетпен ауыратындар	Олардың ішінде ересектері
1	2000	101.5	135.5
2	2001	108.4	155.5
3	2002	149.3	211.4
4	2003	180.9	261.4
5	2004	86.3	118.8
6	2005	108.7	152.7
7	2006	116.2	164.7
8	2007	113.3	157.3
9	2008	120.5	180.7
10	2009	130.8	210.0

Келтірілген 1 кестедегі мәліметтер, қантты диабеттің ересектер арасында жоғарлауын көрсетеді. Қантты диабеттің 2-түрінің өсуі өмір сүру салтының өзгеруіне, гиподинамияға, механикалық өндіріспен жұмыс жүргізуге, сондай-ақ тамақтану дәстүрінің өзгеруіне және етті тамақты көмірсулы тамаққа ауыстыруға байланысты.

Қантты диабеттің 2-түрімен аурушандық экологиялық қолайсыз аудандарда жоғары және өсу тенденциясына бейім болып келеді. Қантты диабеттің диагностикасы үшін арнайы шараларды жүргізу ауруды ерте анықтауға, уақытында емдеуге және асқынудың жиілігін төмендетуге көмектеседі.

В статье представлены данные о распространенности сахарного диабета в г. Семей в период с 2000 по 2009 год. Показано, что в сравнении с 2000 г. в 2009 г., наблюдается рост заболеваемости сахарным диабетом 2 типа. Проведенные результаты свидетельствуют о необходимости проведения скрининга среди населения для более раннего выявления сахарного диабета и профилактики осложнений диабета.

There are data about spreading of Diabetes Mellitus in the Semey state from 2000 since 2009 yaers in the article. It is noticed, that in comparing of 2000 year there is rising of morbidity by Diabetes Mellitus type 2 in 2009 year. These results are evidence of necessity of skrinning among population for earlier revealing of Diabetes Mellitus and prophylaxis of it's complications.

Қорытынды:

1. Семей аймағында соңғы 10 жылда қант диабетінің 2-түрінің есебінен аурушандық екі есеге көбейген.
2. Қантты диабетпен күресу үшін алдын алу шаралары: ауруды ерте анықтау, бейімділігі бар адамдарды тексеру және асқынудың алдын алуға бағытталған.

Әдебиеттер:

1. Статистические данные о деятельности лечебно-профилактических учреждений восточно-казахстанской области в 2000-2001 год. г.Усть-каменогорск, 2002,23с.
2. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2001-2002 годах» г.Усть-каменогорск, 2003,34с.
3. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2002-2003 годах» г.Усть-каменогорск, 2004,35с.
4. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2003-2004 годах» г.Усть-каменогорск, 2005,37с.
5. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2004-2005 годах» г.Усть-каменогорск, 2006,35с.
6. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2005-2006 годах» г.Усть-каменогорск, 2007,33с.
7. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2006-2007 годах» г.Усть-каменогорск, 2008,47с.
8. Шестакова М.В. Диабет у пожилых: знание особенностей - ключ к адекватному управлению // Сб. тезисов IV Всероссийского конгресса эндокринологов: Диабетология 21-го века: научные исследования как основа клинической практики, Санкт-Петербург, 2001, С. 7 - 8.
9. Балаболкин М.И., Креминская В.М. Эндокринология, Москва: Универсум паблишинг, 1998,0.367-470.
10. Rosen P., Nawroth P.P., King G. et al. Diabetes Metab. Res/ Rev., 2001, 17. P. 189-212.

УДК 616-07+005.591.6

ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РГП «ННМЦ»

**Ж.Ш. Нуразханова, Е.А. Кадырова
Национальный научный медицинский центр, г. Астана**

Для достижения максимально полной удовлетворенности требований и ожиданий пациентов в РГП «ННМЦ» уделяется большое внимание внедрению новых высоких медицинских технологий и постоянному повышению профессионализма персонала.

Внедрение новых высоких медицинских технологий осуществляется на основе изучения передового опыта медицины на мировом и внутреннем рынке, а также на основе изучения требований и ожиданий потребителей. Подход внедрен с целью улучшения в рамках СМК и

включает в себя систематические посещения международных выставок, участие в международных конференциях, симпозиумах, конгрессах; обмен опытом с ведущими клиниками ближнего и дальнего зарубежья.

В Политике в области качества РГП «ННМЦ» определены цели по обеспечению качества медицинских услуг, в том числе:

- обеспечение высокого уровня качества медицинской помощи,
- применение и использование инновационных медицинских технологий,
- сокращение сроков лечения.

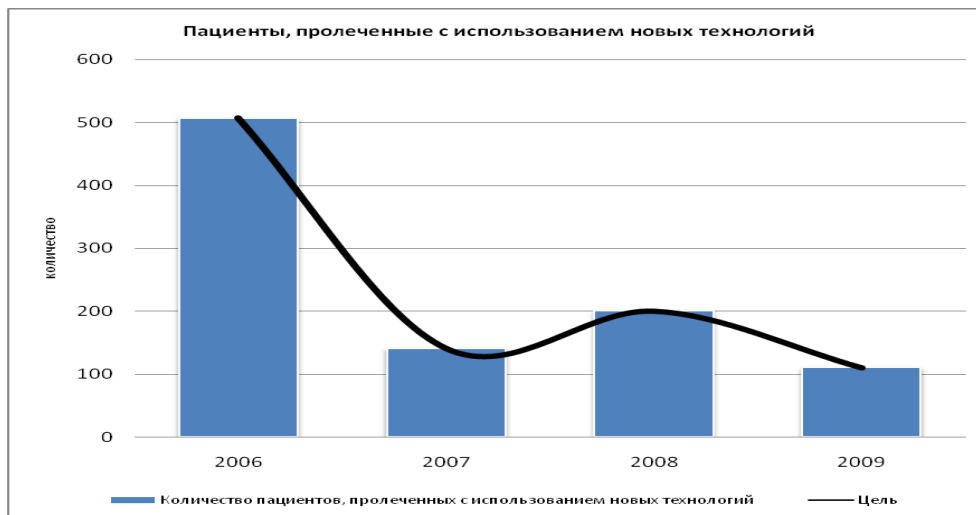


Рисунок 1.

Подход к определению требований к новым услугам основан на анализе 1) данных маркетинговых исследований внутреннего и внешнего рынка; 2) установление настоящих и будущих потребностей и ожиданий потребителей; 3) технико-экономическом обосновании.

Для внедрения в практическую деятельность РГП «ННМЦ» новых технологий, методик и нового оборудования используются технологии и оборудование, прошедшие сертификацию и разрешенные к использованию на территории Республики Казахстан.

В процессе планирования внедрения устанавливаются:

- анализ, проверка и утверждение качества новых технологий;
- этапы внедрения новых технологий;
- ресурсы;
- обучение персонала;

- ответственность и полномочия при внедрении новых технологий.

Результатом планирования внедрения новых технологий являются программы и планы применения инновационных методик в структурных подразделениях. Новые технологии делятся на два блока – новые технологии с внедрением нового оборудования и новые решения с использованием имеющихся материально-технической базы.

Входные данные внедрения новых технологий определяются и оформляются документально на основании заявок руководителей структурных подразделений, решений Ученого и Координационного Совета.

Выходные данные внедрения новых технологий представляются в форме, обеспечивающей возможность проведения проверки на соответствие входным данным, регламентированного СТ ННМЦ СМК МИ 10.01.11.01.

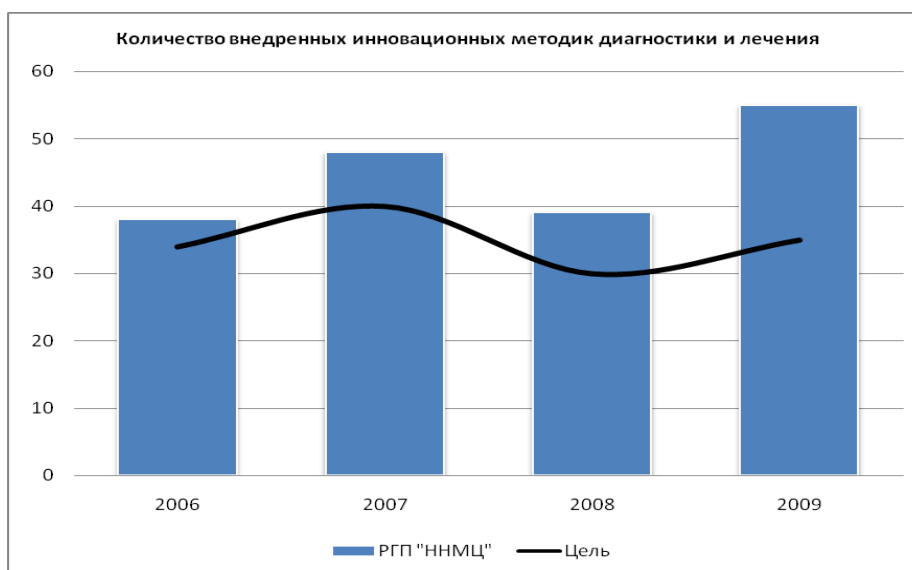


Рисунок 2.

Внедрение инновационных технологий проводится последовательно и поэтапно:

- изучение по литературным данным и другим каналам информационного обеспечения инновационной методики;
- обоснование эффективности, преимущества применения инновационного метода и цели с вынесением на обсуждение Экспертного совета;
- определение ответственности и полномочий при внедрении инновационной технологии;
- организация поездки группы специалистов для изучения, анализа, проверки и утверждения качества новой технологии с подготовкой отчета для руководства;
- планирование этапов внедрения, ресурсов и обучение персонала;
- подготовка помещения, доставка и инсталляция оборудования;
- разработка методической (МИ) и рабочей инструкции (РИ) по применению данной методики с рассмотрением на Экспертном совете и утверждением на Ученом совете;
- внедрение приказом директора вышеуказанных стандартов ННМЦ по инновационной методике и рассылка в соответствующие отделы;
- актуализация стандартов – протоколов диагностики и лечения, включающих данную инновационную методику диагностики и лечения и представление на утверждение в МЗ РК;
- разработка плана внедрения (пилотное внедрение- анализ- представление результатов валидации - системное внедрение – анализ результатов - сравнение и улучшение);
- определение стоимости введенной услуги; анализ и отчет о внедрении на Ученом совете, составление акта внедрения.

После внедрения новой технологии с инсталляцией нового оборудования, ранее не применявшегося в клинике, устанавливается финансовый план. Отчет по выполнению финансового плана предоставляется на заседаниях Координационного совета через 3 месяца, а затем каждые полгода, до выхода нового оборудования на нулевой уровень рентабельности. В ежегодном анализе по новым технологиям предоставляется информация, наряду с количественными плановыми показателями, о финансовых показателях работы кабинета (отдела) – по выполнению финансового плана и показатель рентабельности, в котором была внедрена данная новая технология, рекомендации по дальнейшему применению и предложения об изменениях стоимости введенной услуги.

Через год после внедрения необходимо измерение результативности и эффективности инновационной методики и представление аналитического отчета на КС.

Менеджмент внедрения инновационных технологий впервые применяется в РГП «ННМЦ» с 2009 г. с момента принятия решения руководством об использовании HIFU терапии для лечения доброкачественных новообразований.

Нами проведен анализ внедренных инновационных методик диагностики и лечения, по актуализации технологии либо менеджменту. (Диаграммы 2, 3). Количество внедряемых инновационных методик имеет тенденцию к росту. По количеству внедряемых методик лидирующие позиции занимают ДКХО (детский кардиохирургический), ОАРИТ (отдел общей анестезиологии и реанимации, интенсивной терапии), хирургический отделы. В этих же отделах большую часть внедряемых методик составляют инновации по лечению; в клиничко-диагностической лаборатории и отделе лучевой диагностики – внедрялись в основном диагностические методики.

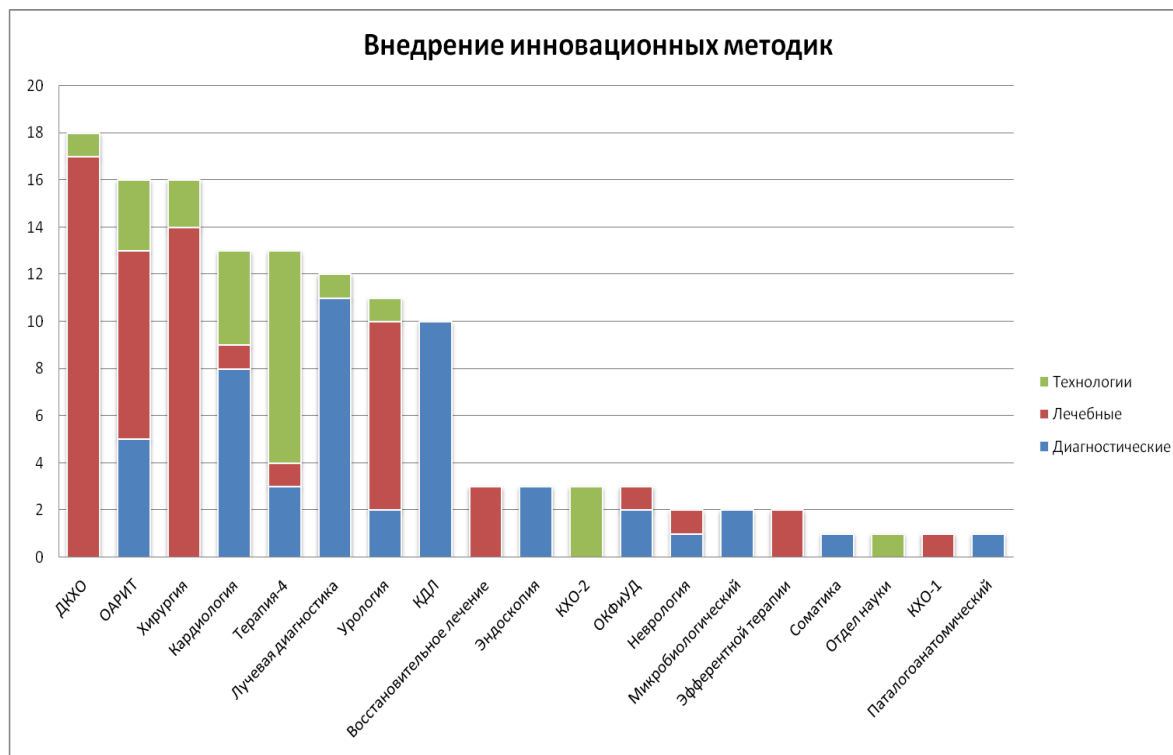


Рисунок 3.

В рис. 1 представлено количество пациентов, пролеченных с применением инновационных технологий. Их число соответствует числу госпитализированных пациентов по научно-техническим программам, целенаправленно отобраным для лечения по показаниям. Количество внедренных инновационных методик соответствует целевым показателям. И имеет тенденцию к повышению в 2009 году. Результаты применения тех или иных инновационных методик отражены в научных трудах ученых ННМЦ. В рис. 3 отражен удельный вес инноваций по видам (диагностические, лечебные и по технологиям) внедренных структурными подразделениями. По внедренным лечебным инновационным методикам лидируют детский кардиохирургический, хирургический и урологический отделы, а по диагностическим методикам - отдел лучевой диагностики и клинико-диагностическая лаборатория.

Выводы:

1. Предварительно проведенные маркетинговые исследования позволяют планировать внедрение инновационных технологий.

2. Обоснованный системный подход по внедрению инновационных технологий способствует ресурсосбережению и эффективности использования бюджетных средств.

3. Измерение и анализ результативности, эффективности внедренных инновационных технологий расширяют возможности использования их, повышают степень удовлетворенности пациентов и их лояльность к центру.

Литература:

1. Тито Конти, Есио Конти, Грегори Ватсон. Роль качества в обеспечении конкурентоспособности и устойчивого развития. Практический менеджмент, Москва 2005г. Стр 265-277.

2. Роберт Каплан, Дэвид Нортон Сбалансированная система показателей. ЗАО «Олимп-бизнес», Москва, 2006г. стр 9-10, 94-97

3. Материалы международного мастер класса по стратегии качества и креативных идей для эффективного менеджмента Грегори Х. Ватсон, 20-21 октября, 2009 года, Алматы, Казахстан.

4. Методические подходы к внедрению СМК на основе международных стандартов ИСО серии 9000 в медицинских организациях. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Астана 2008г.

5. Обоснование и разработка методов оценки внедрения инновационных медицинских технологий. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Астана 2009.

УДК 614.2-576.3.08+618.19-006-07

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.А. Адылханов, А.А. Жакипова

Государственный медицинский университет г. Семей

Актуальность. В последнее десятилетие для диагностики различных заболеваний молочной железы широко применяется ультразвуковое исследование (УЗИ) [2, 3]. Для улучшения качества забора материала ряд авторов рекомендуют проводить ТАБ под контролем УЗИ [4].

Проведение ТАБ под контролем ультразвука значительно улучшает состав и объем клеточного субстрата в пунктате, снижает вероятность аспирации крови и кистозной жидкости, повышая диагностическую информативность исследования. Проведение ТАБ под контролем ультразвука приводит к снижению числа неинформативных пункционных исследований и повышает информативность цитологического исследования, что является более экономичным, чем многократное проведение пункции без контроля ультразвуком [1].

Цель исследования провести сравнительный анализ информативности цитологических исследований материала молочной железы, полученного при тонкоигльной пункционной биопсии в зависимости от наличия УЗИ-контроля.

Материалы и методы.

Материалом исследования были пунктаты молочной железы 693 пациенток, обследованных в маммографическом скрининге на базе Восточно-Казахстанского онкологического диспансера. Материал получен путем тонкоигльной пункционной биопсии (ТПБ). У 50 пациенток исследование проводилось под контролем УЗИ (1-ая группа), 643 из них ТПБ проводилась без контроля УЗИ (2-ая группа). Цитологический материал был окрашен по методу Романовского-Гимзы.

Результаты и их обсуждение. В 1-ой группе исследования в материале, полученном под контролем УЗИ при цитологически верифицированном раке молочной железы (таблица 1), доля некачественных мазков составила 30,5% (28 слайдов). Удельный вес неинформативного материала при подозрении на злокачественный процесс была меньше на 9,7% и составила 20,8%. При этом было изучено 20 стеклопрепаратов, не имеющих диагностической ценности и не позволяющих сделать цитологическое заключение. Доля «пустых» цитогрифов (16) при пролиферативных процессах составила 28,6%. При кистозных образованиях показатели частоты встречаемости неинформативных стеклопрепаратов (20) были наиболее высокими составив 35,7%. У 10% (5) пациенток данной группы при повторных многократных исследованиях 44 стеклопрепаратов цитологический диагноз не был установлен.

Во 2-ой группе исследования у пациенток, цитологический материал молочной железы, которых был получен при ТПБ без контроля УЗИ, количество стеклопрепаратов (таблица 2) было почти на одном уровне при раке молочной железы-39,9%, пролиферативных процессах -38,3% и кистозных образованиях - 40%. При раке молочной железы число безрезультатных мазков составило 364. Число неадекватных стеклопрепаратов у лиц, получивших заключение о наличии пролиферативных процессов составило - 504. Количество стеклопрепаратов не имеющих диагностической ценности при кистозных образованиях составило 376. При подозрении на злокачественное новообразование число неадекватных мазков составило 26,5% (156).

Таблица 1 - Количественная характеристика информативности стеклопрепаратов (1-ая группа)

Нозология	Количество стеклопрепаратов				Всего (n=344)	
	неинформативных (n=128)		информативных (n=216)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Рак МЖ	28	30,5	64	69,5	92	100
Подозрение на злокачественный процесс	20	20,8	76	79,2	96	100
Пролиферативные процессы	16	28,6	40	71,4	56	100
Кистозные образования	20	35,7	36	64,3	56	100
Неинформативный материал	44	100	-	-	44	100

Таблица 2 - Количественная характеристика информативности стеклопрепаратов (2-ая группа)

Нозология	Количество стеклопрепаратов				Всего (n=4932)	
	неинформативных (n=2576)		информативных (n=2356)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Рак МЖ	364	39,9	548	60,1	912	100
Подозрение на злокачественный процесс	156	26,5	432	73,5	588	100
Пролиферативные процессы	504	38,3	812	61,7	1316	100
Кистозные образования	376	40,0	564	60,0	940	100
Неинформативный материал	1176	100	-	-	1176	100

В 1-ой и во 2-ой группах независимо от использования УЗИ-контроля при ТПБ более низкая информативность материала отмечалась при кистозных заболеваниях в сравнении с показателями информативности при других патологиях молочной железы. Однако, в целом при применении УЗИ во время ТПБ частота выявляемости «пустых» мазков была ниже, чем у пациенток, пункты которых получены без контроля УЗИ. У пациенток с ТПБ под УЗИ частота встречаемости пациенток с многократными безуспешными исследованиями была в два раза ниже, чем при отсутствии УЗИ контроля. У 128 (19,9%) пациенток 2-ой группы исследования повторные биопсии оказались безрезультатными и, цитологический диагноз не был установлен, на их исследования затрачено 1176 стеклопрепаратов. У пациенток 1-ой

группы доля неинформативного материала составила 10% (5) случаев, на их исследование было затрачено 44 стеклопрепарата.

При сравнении информативности стеклопрепаратов обеих групп было выявлено следующее (таблица 3). В 1-ой группе, обследованных под контролем УЗИ, было выше количество информативных стеклопрепаратов при раке молочной железы ($p > 0,5$) на 9,4% в сравнении со 2-ой группой, обследованных без контроля УЗИ. Количество стеклопрепаратов при подозрении на злокачественный процесс также преобладало на 5,7% в 1-ой группе ($p > 0,5$) исследования. Число исследованных препаратов при пролиферативных процессах в 1-ой группе на 9,7% ($p > 0,5$) было больше в сравнении с показателями 2-ой группы.

Таблица 3 - Сравнение информативности стеклопрепаратов обеих групп

Нозология	Количество информативных стеклопрепаратов				p
	1-ая группа		2-ая группа		
	Абс.	%	Абс.	%	
Рак МЖ	64	69,5	548	60,1	>0,5
Подозрение на злокачественный процесс	76	79,2	432	73,5	>0,5
Пролиферативные процессы	40	71,4	812	61,7	>0,5
Кистозные образования	36	64,3	564	60,0	>0,5

Частота встречаемости случаев с неустановленным цитологическим диагнозом в группе без контроля УЗИ при тонкоигольной пункционной биопсии почти в 2 раза превышает показатели группы под контролем УЗИ ($p < 0,05$).

Таким образом, исследование показало, что информативность цитологического материала зависит от наличия УЗИ-контроля при тонкоигольной пункционной биопсии.

Литература:

1. Малыгина Т.В. Возможности тонкоигольной аспирационной биопсии молочной железы в постановке

диагноза // Вестник СамГУ — Естественнонаучная серия. 2006. №4(44). С. - 209

2. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике // Под ред. Митькова В. В. – М., 1996, – Т.2.

3. Трофимова Е. Ю. Ультразвуковая диагностика рака молочной железы.

4. Chuo C.B., Corder A.P. Core biopsy with fine needle aspiration cytology in asymptomatic breast clinic // Europ. J. Surg. Oncol.-2003.-Vol. 29.-P 374- 378.

Informiveness cytological glass-preparates depends on the availability of ultrasound during fine-needle puncture biopsy. Upon receipt of the punctate number of informative glass-preparates, breast cancer was higher by 9,4% in the first group compared with the second group ($p > 0,5$). examined without ultrasound, for suspected malignancy were higher at 5,7% in the first group ($p > 0,5$); with proliferative processes was higher at 9,7% in the first group ($p > 0,5$). Quantity of patients with an uninformative material in 2-th group of the research was more than in 1-st group ($p < 0,05$).

Цитологиялық препараттардың ақпараттылығы, жіңішке инелік пункциялық биопсиясы кезіндегі УДЗ бақылауына байланысты. Ақпараттық препараттардың қорытындысы бойынша УДЗ бақылауынсыз негізделген, сүт безі рагі кезінде 9,4% 1-топта жоғары болуы, ($p > 0,5$) 2-ші топпен салыстырғанда, қатерлі ісік үрдісіне күмәнданғанда 1 – топта 5,7% ($p > 0,5$) жоғары, пролиферативті үрдісте 1 – топта 9,7% ($p > 0,5$) жоғары болған. 1-ші тексерілуші топтан ($p < 0,05$) қарағанда, 2-ші топта цитологиялық материалдармен ақпараттандырылмаған пациенттер саны 2-есе көп.

УДК 616.6+615.322

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ ЛОПУХА, КРАПИВЫ И ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ХРОМОВОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Г.М. Изтлеуова

**Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова, г.Актобе**

Актуальность. Среди многочисленных токсических элементов и соединений загрязняющих биосферу, наиболее опасными считаются тяжелые металлы, в том числе хром и его соединения. Почки в силу определенных анатомо-функциональных особенностей являются уязвимым органом, подвергающимся воздействию многочисленных химических элементов (тяжелые металлы, гликоли, пестициды, лекарственные препараты). В результате многочисленных исследований было доказано наличие у хрома нефротоксического действия («почечный яд»), что характеризовалось развитием нефропатии, протеинурии и гематурического синдрома у людей, находившихся в контакте с ксенобиотиком [1,2].

Актуальным на сегодняшний день является создание и разработка эффективных средств профилактики и лечения заболеваний почек. Эффективными средствами являются многокомпонентные препараты, приготовленные на основе растительных объектов, обладающих системным поливалентным действием [3].

В рамках государственной научно-технической программы Ц.0253 «Разработка и внедрение в производство оригинальных фитопрепаратов для фармацевтической промышленности Республики Казахстан» сотрудниками кафедры фармакологии ЗКГМУ им. Марата Оспанова разработан комплекс фитопрепаратов по оригинальной технологии из отечественного сырья: масляный экстракт из корней лопуха большого – «Лопуха корня масло» и масляный экстракт из листьев крапивы – «Крапивы масло», исследование которых с целью расширения их фармакологического спектра применения продолжается.

Цель исследования – изучить фармакотерапевтический эффект масляных экстрактов из корней лопуха, листьев крапивы и липоевой кислоты в условиях индуцированного хромом токсического поражения у крыс.

Материал и методы исследования. В эксперименте были отобраны беспородные крысы – самцы, массой тела 180-220 г., которых произвольным путем распределяли на 6 групп. Первая – интактная, остальные с моделированием хром-индуцированной токсической нефропатии (ХИТНП), вызванной однократным внутрибрюшинным введением бихромата калия (БХК) в объеме 14 мг/кг (0,5LD₅₀). Исследуемые масляные экстракты, включая экстрагент – подсолнечное масло, вводили интрагастрально в течение 2-х недель на фоне острого токсического поражения почек в эффективных дозах 2,5 мл/кг (3,4 и 5 группы), установленных ранее при предварительном скрининге. Липоевую кислоту (ЛК) вводили в суточной дозе 30 мг/кг внутримышечно (6-я группа). Забой на 15 сутки после введения БХК.

Для изучения функции почек в условиях спонтанного диуреза определяли: объем диуреза, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина (мкл/мин/1000 г.м.т.), осмолярность крови и мочи (криоскопически - осмометр ОМКА-1Ц-01), концентрацию натрия в крови и моче методом пламенной фетометрии (ПАЖ-1), выделение белка с мочой. Расчетным методом находили экскрецию натрия, осмотически активных веществ (ОАВ), креатинина, процент реабсорбции воды, натрия, величину фильтрационного заряда натрия (ФЗ_{Na}), клиренс ОАВ (C_{осм}) и осмотически свободной воды (C_{H2O}).

Об интенсивности перекисного окисления судили по концентрации в корковом веществе гомогената почек диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), об активности антиоксидантной защиты (АОЗ) по содержанию сульфгидрильных групп (SH), активности каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД). Вычисляли интегральный показатель сбалансированности перекисного гомеостаза – SH/МДА [4]. Результаты всех серий опытов обработаны статистически с применением критерия «t» Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных результатов показал, что на 15-й день развития ХИТНП у животных без коррекции (контрольная группа) наблюдали увеличение по сравнению с интактными диуреза на 22%, концентрации в крови креатинина в 2,3 раза, в моче натрия в 1,94 раз, белка в 6,4 раза, осмолярности и мочи в 1,44 раз на фоне уменьшения количества экскретируемого с мочой креатинина на 50%. СКФ снижается на 79%, ФЗ_{Na} на 78%, реабсорбция воды (R_{H2O}) и натрия (R_{Na}) соответственно до 95,16±0,32 (p<0,001) и 94,74±0,28 (p<0,001) на фоне возрастания выделения с мочой натрия в 2,38 раза, клиренса ОАВ – в 1,75 раз, осмотически свободной воды (C_{H2O}) в 2,05 раз, количества ОАВ – в 1,75 раз.

Эти данные свидетельствуют о серьезном токсическом поражении почек, с глубоким повреждением как клубочкового, так и канальцевого отделов нефрона, особенно проксимального сегмента, где активно реабсорбируется 2/3 профильтрованного натрия, почти полностью глюкоза, белок и большая часть других ОАВ.

У тех крыс, которым вводили масляные экстракты лопуха (МЛ), крапивы (МК) и ЛК, в сравнении с данными контрольной, установили уменьшение диуреза на 20%, 21% и 24% соответственно, количество в крови креатинина соответственно на 47, 39 и 41%; в моче натрия – на 40%, 31 и 38%, белка – на 63%, 57 и 62%, осмолярности мочи – 34, 22 и 27%, на фоне увеличения экскреции креатинина соответственно в 2,22 раза, 2,07 и 2,2 раза.

Величина СКФ возросла в 3,26, 2,76 и 2,81 раз соответственно, ФЗ_{Na} – на 221%, 168% и в 2,73 раз, уровень реабсорбции воды соответственно до 98,86±0,04%, 98,62±0,07 и 98,74±0,04% (p<0,001), натрия – до 99,24±0,03, 98,98±0,07 и 99,11±0,04% (p<0,001), что сопровождалось уменьшением соответственно экскреции с мочой натрия на 53%, 49 и 53%, C_{осм} – на 47, 35 и 43%, C_{H2O} – на 56, 40 и 48%, ОАВ – на 47, 35 и 45% соответственно.

Приведенные данные показывают, что введение МЛ, МК и ЛК животным в условиях развития ХИТНП препятствуют снижению СКФ, способствуют восстановлению процессов канальцевой реабсорбции, а также существенно уменьшает другие негативные последствия токсического воздействия БХК, т.е. оказывают нефропротекторный эффект, что, по-видимому, связан их влиянием на процессы биосинтеза в ферментативных системах транспорта натрия и других ОАВ.

Развитие ХИТНП приводило к значительной активации процессов свободно-радикального окисления (СРО) (Таблица 1). При этом показатели ПОЛ, отражающие интенсивность СРО, уровень ДК и МДА увеличивались соответственно в 2,19 и 1,76 раз, по сравнению с дан-

ными интактных животных. Одновременно происходило снижение активности СОД на 24%, КАТ – на 31%, содержания SH-групп на 37%, белка в почечной ткани – на 31%, интегрального показателя сбалансированности

перекисного гомеостаза (ИПСПГ) на 64%. Следовательно, проокислительное действие хрома реализуется посредством усиления СРО, тем самым оказывая повреждающее действие на почечную ткань.

Таблица. Влияние фитопрепаратов и липоевой кислоты на перекисный гомеостаз в почечной ткани в условиях индуцированной хромом нефропатии

Условия опыта	ДК, усл.ед	МДА, нмоль/г	СОД, %	КАТ, %	SH, мкмоль/г	Pt, мг/г
Группа 1	0,69±0,03	15,58±0,47	19,3±0,94	13,3±0,88	11,9±0,63	94±5
Группа 2	1,51±0,04 ^о	27,4±0,83 ^о	14,7±0,69 ^о	9,2±0,6*	7,44±0,39 ^о	65±2,1 ^о
Группа 3	1,55±0,05 ^о	27,2±0,93 ^о	14,9±0,8 ^о	9,4±0,57*	7,42±0,36 ^о	69±2,2 ^о
Группа 4	1,13±0,07 ^о	19,89±0,83 ^о	25,9±1,2*	18,7±1,4*	11,2±0,92	83,3±2,44
Группа 5	1,05±0,06 ^о	21,13±0,75 ^о	24,13±1,1*	19,4±1,35	10,3±0,81	85,3±2,5
Группа 6	1,03±0,05 ^о	19,08±0,8*	20,53±1,04	14,7±0,9	13,79±0,75	105±4,11

Примечание: достоверность различий по отношению к интактной группе: * - p<0,05; ^о - p<0,01

МЛ, МК и ЛК в этих условиях оказывали ингибирующее влияние на ПОЛ в почках через активизацию антиоксидантную систему почек. Так, при применении МЛ, МК и ЛК в сравнении с данными контрольной содержания ДК уменьшается соответственно на 25, 31 и 32%, МДА – на 27, 22 и 30% на фоне повышения активности СОД на 76%, 64 и 40% соответственно, КАТ – в 2,03 раз, 2,11 и 1,6 раз, концентрации SH-групп – на 50, 38 и 85%, величины ИПСПГ соответственно на 105,5, 86 и 176%. Следует отметить, что в условиях применения ЛК уровни последнего достигает значения интактных животных. Содержания белка в почечной ткани при использовании МЛ, МК и ЛК возрастает соответственно на 28,9, 31 и 61%.

Сравнительный анализ нефропротекторных свойств изучаемых препаратов показал, что эффективность влияния липоевой кислоты в сравнении с масляными экстрактами на активность СОД и КАТ достоверно ниже (p<0,05), тогда как на количество SH-групп, белка, МДА и ИПСПГ, наоборот, достоверно выше (p<0,05), что отражается и на показателях выделительной, ионоосморегулирующей функции почек.

Необходимо отметить, что уменьшение полиурии под влиянием МЛ, МК и ЛК происходило, главным образом, за счет более полной реабсорбции воды, натрия и других ОАВ, что, на наш взгляд, является результатом его антиоксидантного действия и влиянием на уровень белкового обмена в почках. Известно, что наиболее чувствительными к различным повреждающим воздействиям отделам нефрона являются проксимальные канальцы [5]. Здесь располагаются транспортные системы, ответственные за активизацию реабсорбцию натрия, глюкозы и других ОАВ. Исследуемые препараты благодаря предотвращению или ослаблению активизации СРО в клетках организма, в том числе в клетках эпителия канальцев нефрона, снижает повреждающее действие на них хрома. Помимо этого, благодаря образованию хелатокомплексов, влияя на содержание антагонистов хрома меди, железа и других, активизируют металлоэнзимы, участвующих в процессах тканевого дыхания и транспорта ионов в канальцах почек.

Тәжірибедегі уыттық хромдық бүйрек зақымдандына ошаған, қалақай майлы сығындыларының және липой қышқылының фармакотерапиялық әсері

Г.М. Изтлеуова

Хроммен индуциланған нефропатия кезінде ошаған, қалақай майлы сығындылары мен липой қышқылының әсерлерінің нәтижелерін талдау, зерттелген препараттардың нефропротекторлық әсер ететінін және бұл әсерінің негізгі механизмдерінің бірі олардың антиоксиданттық қасиеттерімен байланысты екендігін көрсетті.

Pharmacological effect of oil extracts of the burdock, nettle and acidum lipoicum at the toxic chronic lesion of kidneys in experiment

G.M. Iztleuova

Studied influence of oil extracts of a burdock, a nettle and Acidum lipoicum in conditions nephropathy chrome-induced. Investigated preparations render nephroprotectory action and one of possible mechanisms of influence is activization of antioxidant system in kidneys.

Выводы. 1. Введение крысам с экспериментальной почечной патологией, вызванной бихромата калия, масляных экстрактов из корня лопуха, листьев крапивы и липоевой кислоты уменьшает нарушения выделительной функции почек, способствует восстановлению скорости клубочковой фильтрации, почечного транспорта натрия, осмотически активных веществ и протеинов.

2. Развитие хром-индуцированной токсической нефропатии сопровождается усилением процессов свободнорадикального окисления. Масляные экстракты лопуха, крапивы и липоевая кислота в условиях хромовой нефропатии активизирует антиоксидантную систему почек, что способствует проявлению их защитных свойств.

Литература:

1. Мамбеталин Е.С., Доцанова А.М., Курмангалиев О.М., Мамбеталин С.Е. Действие соединений хрома на мочеполовую систему. – Алматы: Санат, 2000. - 240с.
2. Макарова Т.П. Роль нарушений обмена микроэлементов на этапах развития нефропатии у детей: автореф... докт.мед.наук. 14.00.09. Нижний Новгород, 2001. – 48 с.
3. Кузденбаева Р.С., Алдиярова Н.Т., Чуканова Г.Н. Перспективы применения масляных экстрактов на основе местного растительного сырья для оздоровления населения, проживающего в экологически неблагоприятных регионах // Здоровье и болезнь. Спецвыпуск. Междун.науч.-практ.конф. «Биологически активные добавки к пище и функциональные продукты питания – искоренение микронутриентной недостаточности». - 2005. - № 3(40) – С. 68-73
4. Шлейкин А.Г. Биохимические маркеры дыхательного дистресса // Экологическая безопасность городов. Матер.научн.конф. Санкт-Петербурга, 5-6 окт. 1993. – СПб., 1993. – С. 232-233.
5. Игнатова М.С., Харина Е.А., Длин В.В. и др. Нефропатии в регионе, загрязненном солями тяжелых металлов, и возможности лечебно-профилактических мероприятий // Терапевтический архив. – 1996. – Т.68, №8. – с.31-35.

УДК 575.191:612.014.24

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОРЕОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ**Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова****Казахский Национальный медицинский университет, г. Алматы**

Актуальность. В последнее время в происхождении ишемического инсульта, наряду с такими традиционными факторами риска, как гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия и др., все большее значение придается так называемым «новым» факторам риска. К ним относят нарушения реологических свойств крови (РСК), в частности, агрегационной способности эритроцитов и их деформируемости. Согласно некоторым литературным данным, имеет место связь между нарушениями липидного состава сыворотки крови и гемореологией. Однако характер этой связи при ишемических инсультах изучен недостаточно и нуждается в уточнении [1,2].

Гиполипидемические препараты, в частности, фибраты и статины, не только улучшают липидный состав сыворотки крови, но и оказывают влияние на РСК. Тем не менее, единого мнения о том, какие именно параметры РСК и в какой степени претерпевают изменения на фоне лечения липотропными препаратами, не существует. Указанные обстоятельства послужили предпосылкой для проведения настоящего исследования.

Цель: изучить гемореологические параметры у пациентов с ишемическим инсультом. Проанализировать взаимосвязь между показателями липидограммы и гемореологии при ишемическом инсульте возможности коррекции лечения на ранних этапах.

Материалы и методы: обследовано 50 больных, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №7 г. Алматы, (21 мужчина и 29 женщин) — средний возраст 54,9±1,8 года с ишемическим инсультом.

Определение липидного спектра крови (общего ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ), трансаминаз, КФК проводилось на автоматическом анализаторе Cobas - 400 с

использованием ферментных наборов фирмы Roche. Определяли следующие параметры реологических свойств крови (РСК): предел текучести (ПТ), кажущуюся вязкость (КВ), кессоновскую вязкость (КсВ), коэффициент когезии эритроцитов (ККЭ), время быстрой (Т1) и медленной (Т2) агрегации эритроцитов, гидродинамическую прочность агрегатов (ГПА), амплитуду агрегации (АА) эритроцитов.

Результаты и обсуждение. У больных с ишемическим инсультом значительно нарушены вязкостные характеристики крови, а также агрегационные свойства и деформируемость эритроцитов. В наибольшей степени были выражены изменения РСК, что достоверно коррелировало с уровнем ТГ в сыворотке крови ($r=0,7$, $p<0,01$ для ПТ). Деформируемость эритроцитов была снижена у всех больных ($p<0,05$).

Заключение. У больных с ишемическим инсультом целесообразно оценивать РСК и проводить их коррекцию, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах лечения, что оптимизирует медикаментозную терапию сопутствующих патологических состояний [3].

Литература:

1. Левтов В.Л., Регирер С.А., Шадрин Н.Х. Реология крови. М.: Мед., 1982. — 272 с.
2. Фирсов Н.Н., Сирко И.В., Приезжев А.В. Современные проблемы агрегометрии цельной крови// Тромбоз, гемостаз и реология. — 2000. — №2 (2). — С. 9-11
3. Schmid-Schönbein H. Blood rheology and physiology of microcirculation. In: Disorders of blood flow, new therapeutic aspects. Ed. R.V.Manrique, R.Muller, Amsterdam-Oxford-Princeton, 1981, p.1-23.

Инсултпен аурагың наукастарда гемореологиялық көрсеткіштердің бағалануы**Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова**

Клиникалық гемореология микроциркуляцияның бұзылыстарыменен бірге жүретін, даму механизмінің белгілі аспектісінің, диагностикасымен және аурудың емдеуімен байланысты. Зерттеудің негізгі бағыты қанның қоюлауның жоғарғы синдромы, жасуша гемореология, микроциркуляциясының гемореологиялық аспектісі болып табылады.

Mark of indicators of the haemorheology at patients with the stroke**B.K. Duyssembayev, A.Sh. Oradova**

The clinical haemorheology is connected with certain aspects of pathogenesis, diagnostics and therapies of the diseases accompanied by infringements of microcirculation. The basic directions of researches are: a syndrome of hyper viscosity of blood, a cellular haemorheology, and haemorheological aspects of microcirculation.

УДК 005:61

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СМК**Е.А. Кадырова, Ж.Ш. Нуразханова****Национальный научный медицинский центр, г. Астана**

Национальный научный медицинский центр (далее – ННМЦ) многопрофильное республиканское государственное научно-клиническое предприятие.

Основная его деятельность заключается в оказании высокоспециализированной медицинской помощи гражданам Республики Казахстан по государственному заказу за счет республиканского бюджета, согласно утвержденному Министерством здравоохранения Республики Казахстан Перечню заболеваний, требующих особо сложных методов диагностики и лечения, а также использования уникальных медицинских технологий.

В настоящее время клиника рассчитана на 306 коек, с приемным отделом, 14 клиническими стационарными специализированными отделами, блоком интенсивной терапии, тремя отделами анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, двумя операционными блоками, банком крови, центральным стерилизационным отделением, отделами эфферентной терапии, восстановительного лечения и диагностическими подразделениями (7). Имеется поликлиника на 150 посещений в день, где оказывается консультативная помощь по 20 специальностям.

стам. Оснащенность ННМЦ современным оборудованием составляет 100%.

В 2010 году разработан и развернут Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан до 2014 года, где одним из приоритетных направлений определено развитие науки и утверждены бюджетные НТП, выделены соответствующие ресурсы для развития приоритетного направления медицины - трансплантологии. В соответствии с данным подходом гармонизирован стратегический план РГП ННМЦ со стратегией Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Актуализирована организационная структура и организованы 6 научных центров, куда вошли отделы науки и

послевузовского образования. Профессиональная подготовка врачей ведется по 22 специальностям и осуществляется подготовка научных кадров по программам: ординатуры, аспирантуры, резидентуры.

НТП, медицинские и образовательные услуги осуществляются специалистами, прошедшими стажировку в ведущих клиниках стран ближнего и дальнего зарубежья. НТП ведутся по 3 программам, утвержденным в Министерстве здравоохранения.

Лечение сложных заболеваний, требующих использования современного оборудования и новейших диагностических технологий осуществляется на высоком уровне в соответствии с принципами доказательной медицины.

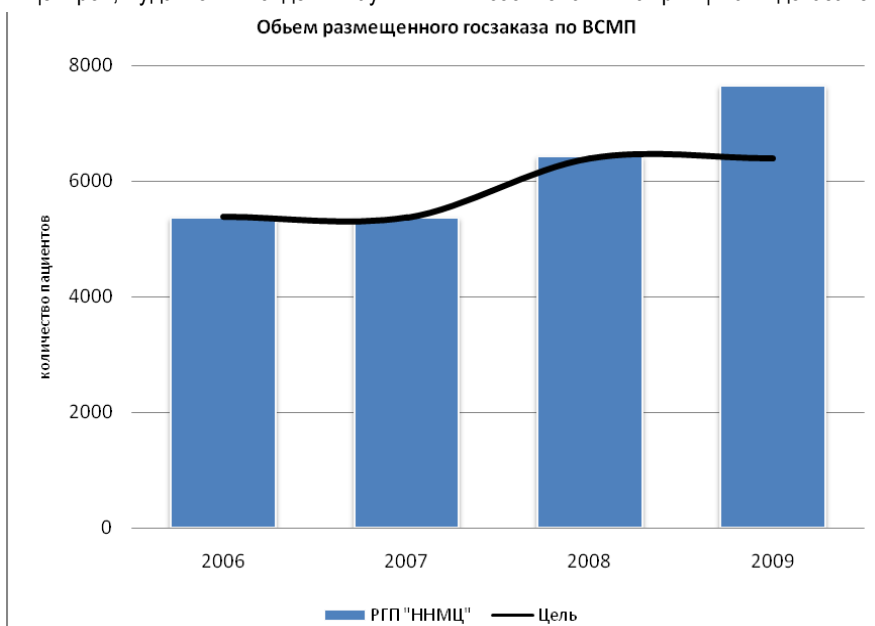


Рисунок 1

Понимая важность предоставления качественных медицинских услуг для достижения цели - стать конкурентоспособным центром, директор ННМЦ первым в республике в 2004 году открыл отдел менеджмента качества и внутреннего аудита. В 2005 году отдел преобразован в центр системы менеджмента качества (ЦСМК).

В 2005 году директором РГП «ННМЦ» принято решение о подготовке клиники к сертификации по требованиям МС ИСО 9001-2000. При этом была поставлена цель реального совершенствования менеджмента и повышения результативности управленческих, основных и поддерживающих процессов. Впервые проведен системный анализ осуществляемых бизнес процессов, результаты оказываемых медицинских услуг, эффективность применения кадровых ресурсов, парка оборудования. Определен процессный ландшафт, систематизированы документы и записи. В связи с многопрофильностью клинических подразделений и отличием протекания подпроцессов, процесс «Лечебный» и «Клинико-диагностический» декомпозиционированы на 16 подпроцессов. Приказом директора назначены владельцы процессов и подпроцессов, которые наделены ответственностью и полномочиями, отраженные в их должностных инструкциях и картах процессов и подпроцессов.

В 2006 году клинико-диагностическая лаборатория ННМЦ прошла внешнюю оценку соответствия стандартам EQAS(USA) организованной лабораторией BIORAD.

В течение двух лет проведена работа по подготовке предприятия к сертификации, формированию корпоративной приверженности принципам СМК. К работе максимально привлекался весь персонал организации, гот

вый постоянно повышать знания, опыт, компетентность и активно ведущий поиск для улучшения процессов.

В первую очередь были разработаны и доведены до персонала структурных подразделений Политика и Цели в области качества оказания медицинских услуг. Обозначены приоритетные направления развития РГП «ННМЦ» и разработан Стратегический план развития на 2007-2009годы. Утверждена новая организационная структура предприятия, отвечающая требованиям миссии, видения и стратегического плана.

Казахстанско-Российским СП «Интерсертифика-Центр Азия» проведено 5 этапов обучения персонала по СМК. Применяв принцип процессного и системного подхода МС ИСО 9001-2000, СТ РК ИСО 9001-2001, систематизирована деятельность ННМЦ в 14 процессов и на основании этого разработан процессный ландшафт СМК(3,4). Определены матрица ответственности по документации и требованиям СМК. Разработаны положения о структурных подразделениях и должностные инструкции на существующие должности.

Руководством, совместно со специалистами СМК проведен мониторинг управляющих, основных и поддерживающих процессов и степень их взаимодействия, что нашло отражение в картах процессов и подпроцессов. Подготовлена руководящая документация СМК: руководство по качеству, документированные процедуры, карты процессов. Актуализированы стандарты оказания медицинских услуг в соответствии с требованиями нормативно-директивных документов Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протоколы диагностики и лечения, методические и рабочие инструкции по проведению лечебных и диагностических манипуляций).

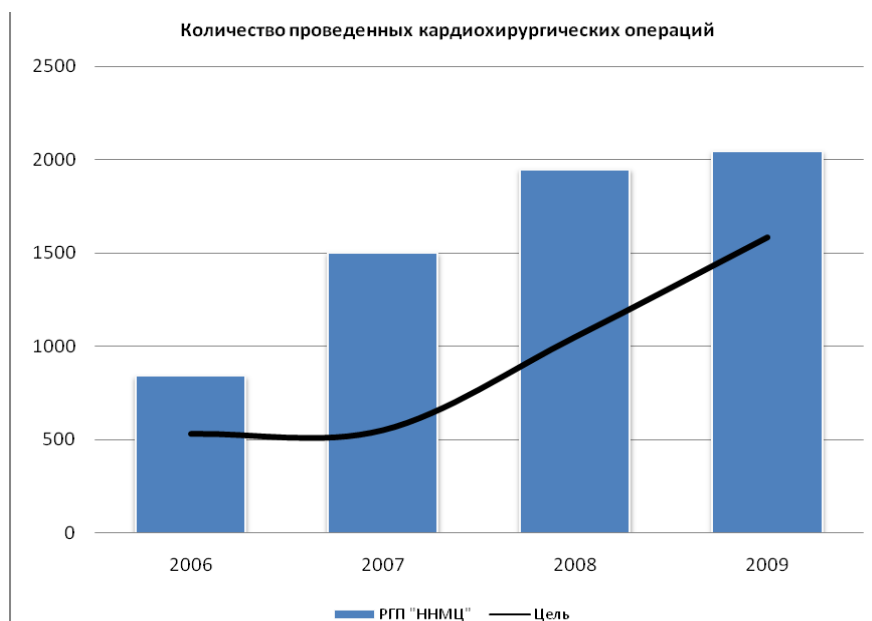


Рисунок 2.

17 января 2008 года в деятельность РГП «ННМЦ» внедрена СМК по требованиям МС ИСО 9001-2000 и СТ РК ИСО 9001-2001. Проведенный группой аудиторов «ТЮФ Интернациональ РУС» сертификационный внеш-

ний аудит подтвердил соответствие построенной в ННМЦ СМК требованиям МС ИСО 9001-2001 и СТ РК ИСО 9001-2001. 9 июня 2008 года нами получены сертификаты соответствия.



Рисунок 3.

Проведенный надзорный аудит «ТЮФСЕРТ» в конце января 2009 года подтвердил соответствие СМК РГП «ННМЦ» требованиям МС ИСО 9001-2000 и 2 надзорных аудита «ИнтерсертификаЦентрАзия» в 2009 и 2010гг. соответствие по требованиям СТ РК ИСО 9001-2001.

В последующем созданная нами служба внутреннего аудита проводила оценку результативности внедренной системы в каждом структурном подразделении. По данным, представляемым аудиторами и отчетам руководителей отделов проводится анализ функционирования СМК по всем процессам и 2 раза в год составляется аналитический отчет Представителя Высшего руководства по качеству. Выявленные несоответствия и результаты анкетирования удовлетворенности пациентов рассмат-

риваются на Координационном совете и принимаются конструктивные решения по улучшению, оформленные приказом директора. Разрабатывается план корректирующих и предупреждающих действий, выполнение которых контролируется и контролируется владельцами процессов и подпроцессов.

Практика показывает, что СМК результативна только там, где высшее руководство реально возглавляет процесс ее создания и развития. Мы добились многого: определены стратегия, миссии, видение и ценности предприятия; стратегические цели РГП «ННМЦ» декомпозиционированы на цели бизнес процессов, что отражено в картах процессов и целевых качественных показателях процессов. Цели бизнес процессов доводятся до

руководителей структурных подразделений, которые разработали индикаторы качества своей деятельности для достижения стратегических целей ННМЦ. Ежеквартально анализируются цели структурных подразделений и бизнес процессов владельцами и, представляется информация в отдел по управлению качеством, который систематизирует несоответствия в выполнении целей структурных подразделений, уточняет причины. Составляется аналитическая информация для Высшего руководства по данным мониторинга, результатам внутренних и внешних аудитов, изучения удовлетворенности потребителей, управления несоответствующими услугами, корректирующих и предупреждающих действий и представляется Представителю Высшего руководства – первому заместителю директора. Все системные несоответствия, требующие решения на уровне высшего руководства либо пересмотра взаимодействия нескольких структурных подразделений, процессов/подпроцессов выносятся на рассмотрение Координационного совета.

Результаты внедренной СМК не заставили долго ждать себя: повышение ответственности и определение полномочий владельцев процессов/подпроцессов с постоянным мониторингом и составлением отчетов по результативности упорядочили процесс системного анализа, изучения причин несоответствий. Анализ со стороны руководства, входными данными для которых являются:

- результаты аудитов;
- функционирование процессов/подпроцессов и соответствие ВСМП требованиям потребителей;
- предложение сотрудников ННМЦ по улучшению СМК;
- статус предупреждающих и корректирующих действий;

- последующие действия, вытекающие из предыдущего анализа со стороны руководства проводятся 2 раза в году.

Своевременное принятие решений, основанное на фактах, позволяют руководству улучшить эффективность бизнес процессов. Некоторые из наших достижений представлены в приложениях.

Укрепляется рыночная репутация предприятия с привлечением пациентов, улучшились отношения с партнерами и поставщиками, развивается корпоративная культура, осваиваются и смело внедряются инновационные технологии. Выполнены все целевые качественные показатели для достижения стратегических целей. Главной целью всегда остается удовлетворенность пациента, которая систематически изучается путем анкетирования. Персонал чутко реагирует на незначительные несоответствия, идентифицирует, изучает причины и проводит своевременно корректирующие, предупреждающие действия.

В августе 2009 года после соответствующей подготовки: разработки и реализации Программы по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи в РГП «ННМЦ», проведении самооценки и внешней оценки комиссии по аккредитации МЗ РК получено свидетельство об аккредитации на 3 года. В рамках осуществления данной Программы разработан и реализован проект по улучшению «Индикаторы качества ВСМП», разработаны критерий рейтинга лечебных подразделений по индикаторам качества. Первые результаты по данному проекту анализированы в июне 2010 года, определены отделы, занявшие лидирующие положения по профилям: кардиохирургический отдел №2, гинекологический отдел, неврологический отдел.



Рисунок 4.

Руководством постоянно проводится мотивация персонала за достигнутые успехи по улучшению в виде материального вознаграждения, обучения, участия в работе престижных проектов, улучшение жилищных условий и др.

Удовлетворенность потребителей улучшается и достигает целевых показателей (Рисунок 4)

По данным рисунков (1-3), ключевые показатели по выполнению объема ВСМП, кардиохирургических операций, и внедрению инновационных технологий достигают целей. При этом неизменными остаются цели достичь лояльности потребителей путем улучшения удовлетворенности пациентов.

Понимая важность дальнейшего развития СМК мы с марта 2009 года в деятельности ННМЦ стали применять критерий Модели совершенства EFQM и провели первую самооценку.

Таким образом, своевременно внедренная и развивающаяся система менеджмента качества предприятия является залогом его успешной деятельности в будущем.

Литература:

1. МС ИСО 9001-2000 «Система менеджмента качества. Требования»
2. СТ РК ИСО 9001-2001 «Система менеджмента качества. Требования»
3. МС ИСО 9001-2000 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь»
4. СТ РК ИСО 9000-2001 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь»

5. Руководство по применению стандарта ИСО 9001:2000 в области здравоохранения. Перевод с английского Г.Е. Герасимовой Москва, РИА «Стандарты и качество», 2002г.- 208с.

6. С.В. Пономарев, С.В. Мищенко, В.Я. Белобрагин. Управление качеством продукции. Введение в системы менеджмента качества. РИА «Стандарты и качество» Москва – 2004г.-244с.

7. Руководство по качеству РГП «ННМЦ» СТ ННМЦ СМК РПК -03.

8. П.Я. Калита. Общечеловеческие ценности, социально направленный бизнес и системный менеджмент. «Сертификация», 2008г., №2, Стр. 18-20.

9. Байгенжин А., Абдыкаримова Ж., Кадырова Е., Нуразханова Ж. Клиническая медицина Казахстана №2(15) Внедрение системы менеджмента качества и перспективы ее улучшения.

УДК 614.2-576.3.08+618.19-006-07

АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ОКРАСКОЙ ПО МЕТОДУ ПАПАНИКОЛАУ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.А. Жакипова

Государственный медицинский университет, г. Семей

Актуальность. Экономические и социальные последствия неуклонного увеличения заболеваемости раком и распространенности злокачественных опухолей делают необходимым совершенствование всех компонентов противораковой борьбы: профилактического, лечебного и социального [2]. Большой интерес представляют экономические стороны диагностических мероприятий, в частности цитологических исследований.

Интересен подход к повышению эффективности лабораторной службы с позиции экономической оценки выгоды, приносимой повышением диагностической информативности производимых лабораторных исследований, а не с позиций всего лишь экономии расходов внутри самой лаборатории. Учет предотвращения ошибочных и запоздалых диагностических решений, повышения частоты положительного результата лечения, сокращения сроков лечения, уменьшения частоты и тяжести осложнений дают реальную экономию расходов на диагностические и лечебные меры, уменьшение потерь общественного продукта [1]. Из опыта организации финансирования клиничко-диагностических лабораторий известно, что для практического решения данной проблемы важно использование таких экономических механизмов как: планирование расходов на основе экономического анализа деятельности лаборатории за предшествующие периоды с выявлением приоритетных направлений расходования средств на основе учета основных показателей эффективности диагностики и лечения [3].

Цель исследования: Изучить экономическую эффективность цитологических исследований с окраской по методу Папаниколау.

Материалы и методы. Материалом исследования были цитологические препараты (пунктаты молочной железы, полученные путем тонкоигольной пункционной биопсии под контролем УЗИ) 811 женщин, обследованных в маммографическом скрининге на базе регионального онкологического диспансера г. Семей с применением метода окраски по Папаниколау. В рамках исследуемой работы проводился анализ оценки экономиче-

ских затрат на цитологическое исследование с окраской по Папаниколау. Для определения экономической эффективности данного метода окраски цитологических препаратов в исследованиях новообразований молочной железы и в связи с отсутствием четких критериев по количеству цитограмм, изготовленных за одно исследование, проведен расчет стоимости одного стеклопрепарата. На основе стоимости одного стеклопрепарата рассчитана стоимость фактического числа исследованных цитограмм и необходимого количества стеклопрепаратов для установления того или иного диагноза при различных патологиях молочной железы. Для проведения расчета затрат на 1 стеклопрепарат было необходимо рассчитать: затраты рабочего времени врача-цитолога, лаборанта, санитарки на подготовку и исследование одного стеклопрепарата, заработную плату одной должности врача-цитолога, лаборанта, санитарки, расходы на реактивы, материал, амортизационное оборудование, расходы на коммунальные услуги.

Результаты и обсуждение: При вычислении расходов на цитологический препарат путем суммирования всех затрат на проведенное исследование была определена стоимость 1 стеклопрепарата с окраской по Папаниколау, составившая 986,4 тенге

В группе исследования наиболее высокие затраты для установления диагноза оказались у пациенток с доброкачественными опухолями (липомой и внутрипротоковой папилломой). Стоимость исследованного количества стеклопрепаратов на каждую пациентку составила по 5327 тенге (таблица 1). Несколько меньше была стоимость фактического количества исследованных стеклопрепаратов в случае подозрения на злокачественный процесс (рисунок 1), составившая 4932 тенге. Расходы на верификацию рака молочной железы в основной группе на каждый случай составили 4735 тенге. Для установления диагноза: Кистозное образование было израсходовано по 4636 тенге на одну пациентку. На цитологическое исследование женщины с фиброзно-кистозной мастопатией было затрачено 4242 тенге. По

4044 тенге приходилось израсходовать на цитологические заключения, свидетельствующие о наличии пролиферативных процессов в эпителии молочной железы. Затраты на пациенток с фиброаденомами составили 3748 тенге. Менее всего составили расходы на выявление заболеваний неопухолевой природы, что составило 3058 тенге. Среди стоимостных показателей необходимого числа (информативных) исследованных стеклопрепаратов наиболее высоким оказался показатель расходов при подозрении на наличие злокачественного процесса, который составил 3551 тенге. Незначительно

отличались затраты на необходимое число цитограмм для верификации рака молочной железы, составившие 3452 тенге. Стоимость необходимого числа исследованных цитограмм для диагностики липомы и внутрипротоковой папилломы оказалась 3354 тенге на каждую пациентку. По 2959 тенге было бы необходимо затратить для установления диагноза фиброзно-кистозной мастопатии и кистозных образований. При выявлении пролиферативных процессов в эпителии молочной железы и фиброаденоме было бы достаточно затратить 2367 и 2269 тенге соответственно.

Таблица 1 - Количество и стоимостная оценка цитологических препаратов при различной патологии молочной железы

Нозология	Количество стеклопрепаратов		Стоимость	
	Необходимо (за исключением не имеющих диагностической информации)	фактически исследованных	Стеклопрепаратов, необходимых для исследования	Фактически исследованных стеклопрепаратов
Рак молочной железы	3,5	4,8	3452	4735
Подозрение на злокачественный процесс	3,6	5,0	3551	4932
Фиброаденома	2,3	3,8	2269	3748
ФКМ	3,0	4,3	2959	4242
Пролиферативные процессы	2,4	4,1	2367	4044
Кистозные образования	3,0	4,7	2959	4636
Другие доброкачественные опухоли	3,4	5,4	3354	5327
Другие заболевания	2,2	3,1	2170	3058

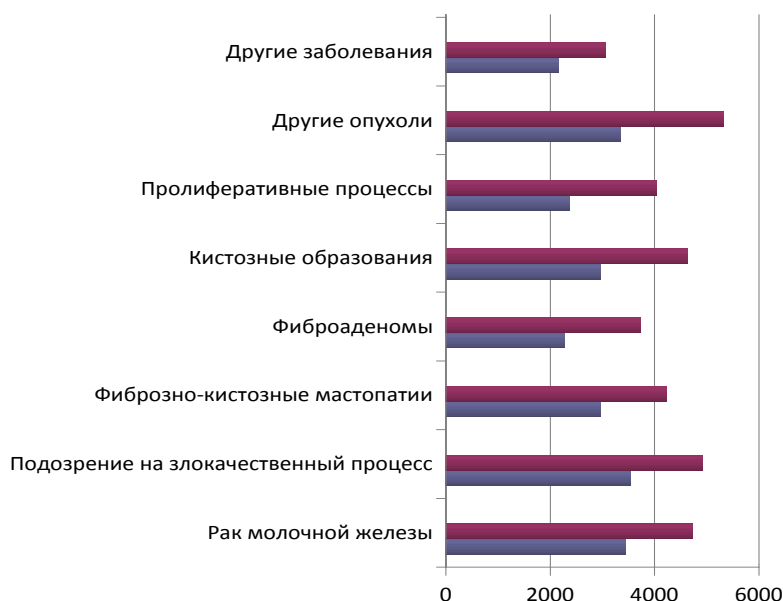


Рисунок 1 - Стоимость цитологических исследований при патологии молочной железы (в тенге)

При сопоставлении стоимости фактического числа исследованных стеклопрепаратов и необходимого количества стеклопрепаратов при каждой нозологии получены следующие результаты (таблица 2). Наибольший удельный вес стоимостного показателя необходимого для исследования количества стеклопрепаратов в числе проведенных отмечался при злокачественных процессах, составивший 72,9%. На 0,9% меньше был стоимостный показатель при подозрении на злокачественный процесс-72,0%. При неопухолевых заболеваниях соотношение показателя

стоимости необходимого и фактически исследованного числа стеклопрепаратов составило 71%. Незначительно отличался данный показатель при фиброзно-кистозной мастопатии-69,8%. У пациенток с кистозными образованиями стоимостный показатель составил 63,3%, а при липоме и внутрипротоковой папилломе 63%. У обследованных с фиброаденомами данный показатель составил 60,5%. Наименьшая доля стоимости необходимого для исследования количества стеклопрепаратов из числа проведенных наблюдалась при пролиферативных процессах и составила 58,6%.

Таблица 2 - Стоимостный показатель необходимого числа стеклопрепаратов в структуре исследованных

Нозология	Стоимость необходимого числа стеклопрепаратов от количества фактически исследованных %
Рак молочной железы	72,9
Подозрение на злокачественный процесс	72
Фиброаденома	60,5
ФКМ	69,8
Пролиферативные процессы	58,6
Кистозные образования	63,3
Другие опухоли	63
Другие заболевания	71

В группе исследования доля расходов на неинформативные стеклопрепараты из числа всех исследованных была наиболее высокой при пролиферативных процессах - 41,4%, а низкая при раке молочной железы - 27,1%. Данные о соотношении стоимости необходимого для исследования и фактически исследованного числа стеклопрепаратов наглядно демонстрируют экономическую неэффективность данного исследования в проводимых условиях. Для приведения в соответствие объема проводимых исследований и установления количества исследованных стеклопрепаратов при той или иной патологии молочной железы целесообразна разработка следующих организационных мероприятий: стандартизация проведения цитологических исследований, регулярное изучение объема цитологических исследований, обмен мнениями об их информативной ценности и обеспечение в связи с этим

тесного сотрудничества между врачами-цитологами и маммологами, участвующими в получении цитологического материала, компьютеризация диагностического процесса для формирования объема и контроля исследований, регулирования пациентов, обмена организационной и медицинской информацией.

Литература

1. Авдиенко И.В., Коршунов Г.В. Пути повышения медико-экономической эффективности лабораторной службы // Клиническая лабораторная диагностика. - 2000. - № 9. - С. 35.
2. Напалков Н.П. Рак и демографический переход // Вопросы онкологии, 2004, том 50, № 2. - С. 127-144.
3. Смирнова О.И., Ельчанинова С.А., Пелеганчук В.А. и др. Опыт организации финансирования клинико-диагностической лаборатории // Клиническая лабораторная диагностика. - 2000. - № 9. - С. 38.

Economic effectiveness of cytological investigations sampled by method Papanicolaou in 811 females which were examined in mammographic screening was studied. Absence criterions of whole cytological investigations leads to non-effective distribution of economic expenditures and demand work out of measures, especially standard approach to conduct of this research.

Маммографиялық скринингтен өткен 811 әйелді зерттеу кезінде, Папаникалау әдісі бойынша болу кезінде цитологиялық зерттеудің экономикалық тиімділігі анықталды. Цитологиялық зерттеудің көлемдік критерилерінің жоқтығынан, экономикалық шығынға ұшырауда. Сондықтан, осы зерттеулерді жүргізу үшін арнайы стандартталған шешім қажет.

УДК 615.322+616.61

ВЛИЯНИЕ ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ, МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ ЛОПУХА И КРАПИВЫ НА ТЕЧЕНИЕ ИНДУЦИРОВАННОЙ ХРОМОМ НЕФРОПАТИИ

М.К. Изтлеуов, Н.М. Мавлюдова, Г.М. Изтлеуова, Е.М. Изтлеуов
*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
 имени Марата Оспанова, г.Актобе*

Актуальность проблемы. В условиях экологического прессинга жизненного пространства мочевая система является органом, наиболее уязвимым к влиянию экологических факторов. Ведущей составляющей техногенных биогеохимических провинций являются микроэлементные загрязнения [1]. Влияние тяжелых металлов, приводит к формированию нефропатий, которые фенотипически могут проявляться в виде различных симптомокомплексов дизметаболической нефропатии, тубуло-интерстициального нефрита, пиелонефрита, мочекаменной болезни. В связи с постоянно расширяющимся спектром микроэлементных загрязнений, актуальным представляется изучение вклада в реализацию очаговой нефрологической патологии не только достаточно исследованных (кадмий, мышьяк, свинец), но и ряд других микроэлементов, например хрома и его соединений.

При этом сложный патогенез заболевания почек предполагает комплексное фармакологическое воздействие на различные звенья патологического процесса.

Этой задаче в полной мере отвечают средства природного происхождения, с чем связан значительный повышенный интерес к использованию растительных препаратов, в частности масляных фитоекстрактов. Вместе с тем, выбор препаратов, оказывающих комплексное нефропротекторное влияние, весьма ограничен, в связи с чем задача разработки и внедрения новых эффективных и безвредных лекарственных средств предназначенных для профилактики и лечения заболеваний почек остается достаточно актуальной.

В рамках государственной научно-технической программы Ц.0253 «Разработка и внедрение в производство оригинальных фитопрепаратов для фармацевтической промышленности Республики Казахстан» сотрудниками кафедры фармакологии ЗКГМУ им. Марата Оспанова разработан комплекс фитопрепаратов по оригинальной технологии из отечественного сырья; одним из них является масляный экстракт из корней лопуха большого – «Лопуха корня масло» и масляный экстракт из листьев

крапивы – «Крапивы масло», исследование которых с целью расширения их фармакологического спектра применения продолжается.

Целью нашего исследования – изучение влияния профилактического применения масляных экстрактов лопуха, крапивы и липоевой кислоты на выделительную, ионо-осморегулирующую функцию почек и интенсивность перекисного окисления липидов при остром хром-индуцированном поражении почек.

Работа проведена на беспородных крысах самцах с массой тела 180-220 г., разделенных на 6 групп. 1-ая группа – интактные животные; остальные – с моделированием хром-индуцированной острой токсической нефропатии (ХИТНП), вызванной путем однократного внутрибрюшинного введения бихромата калия (БХК) в дозе 14 мг/кг (0,5LD₅₀). Животные 3-6 групп, в отличие от второй (контрольной), в течение 10 дней до моделирования ХИТНП получали внутрижелудочно соответственно подсолнечное масло – экстрагент (3-я группа), масло лопуха (4-я группа), крапивы масло (5-я группа) в эффективной дозе 2,5 мл/кг ранее установленным в скрининге и внутримышечно липоевую кислоту (6-я группа) в объеме 10 мг/кг. Забой через 24 часа после введения БХК.

Эффективность нефрозащитного действия оценивали по нормализации показателей функционального состояния почек и перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты. Для изучения функции почек в условиях спонтанного диуреза определяли: объем диуреза (V), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина (мкл/мин/100г), осмолярность крови и мочи (криоскопически - осмометр ОМКА-1Ц-01), концентрацию натрия в крови и моче – методом пламенной фотометрии и экскрецию белка с мочой. Расчетным

методом находили экскрецию натрия, осмотически активных веществ (ОАВ), креатинина, а также процент канальцевой реабсорбции воды (R_{H2O}) и натрия (R_{Na}), фильтрационный заряд натрия (ФЗ), клиренс ОАВ (C_{осм}) и осмотически свободной воды (C_{H2O}). Оценку интенсивности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) проводили по данным изменения концентрации диеновых конъюгат (ДК), малонового диальдегида (МДА), состояния антиоксидантной защиты (АОЗ) клеток почечной ткани – по активности каталазы (КАТ), супероксиддисмутазы (СОД) и количеству сульфгидрильных групп (SH). Статистическую обработку результатов проводили с применением t-критерия Стьюдента [2].

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что у контрольных животных с моделью хром-индуцированной токсической нефропатией имело место олигоурическая стадия почечной недостаточности (ОПН), которая характеризовалась значительным снижением диуреза более чем в 2 раза (1,15±0,10 мкл/мин/100г.м.т.), реабсорбция воды до 97,08±0,24% (p<0,05), скорости клубочковой фильтрации (42,8±5,23 мкл/мин/100г.м.т., p<0,001) (таблица 1).

Концентрация креатинина в крови возросла по сравнению с показателями интактной в 2,9 раза. Содержание ионов натрия в моче уменьшились почти в 3 раза, ФЗ натрия в 11 раз, его экскреция в 7 раз и реабсорбция (R_{Na}) до 99,19±0,075% (p<0,05). Уменьшились осмолярность мочи (403±21,42мосм/кг H₂O, p<0,001), клиренс ОАВ, C_{H2O}. Экскреция белка возросла в 5,56 раз. Формировалась острая воспалительная реакция в почках – увеличились значения весового индекса почек – ВИП в правой почке на 54%, в левой - на 60%.

Таблица - 1 Показатели функционального состояния почек при хром-индуцированной нефропатии

Параметры	Интактные	ХИТНП	ПМ, 2,5мл/кг
V, мкл/мин	2,63±0,07	1,15±0,10°	1,1±0,07
U _{cr} x V, мкмоль/мин	33,05±1,96	7,1±0,71°	7,3±0,61
СКФ, мкл/мин	327,4±25	42±5,23°	43,4±5,86
R _{H2O} , %	99,15±0,07	97,08±0,24*	97,11±0,36
ФЗ _{Na} , мкмоль/мин	46770±3414	4236±480°	6562±908
U _{Na} x V, мкмоль/мин	0,218±0,009	0,031±0,0026°	0,035±0,0022
R _{Na} , %	99,51±0,045	99,19±0,075*	99,26±0,03
C _{осм} , мкл/мин	8,39±0,42	138±0,16°	1,43±0,069
C _{H2O} , мкл/мин	-5,71±0,44	-0,173±0,066°	-0,28±0,06
U _{осм} x V мкосм/мин	2,55±0,15	0,484±0,037°	0,462±0,022
U _{Pt} , мг/мл	1,34±0,1	7,45±0,51°	7,7±0,51

Примечание: все показатели рассчитаны на 100 г массы тела животного; достоверность различий по отношению интактных: * - p<0,05; ° - p<0,01.

Профилактическое введение масляных экстрактов корня лопуха (МЭКЛ), листьев крапивы (МЭЛК) и липоевой кислоты (ЛК) предотвращали до определенной степени развитие ОПН (таблица 2), что характеризуется значительным восстановлением диуреза и снижением протеинурий, увеличением СКФ в сравнении с данными контроля соответственно на 309, 198 и 245%, выделение натрия на 452, 329 и 390%, ОАВ – на 309, 225 и 269%, C_{H2O} – в 25,5 раз, 19,6 и 22,7 раз. Уровень протеинурии уменьшился в 2,66, 2,19 и 2,57 раза соответственно, ВИП в правой – на 19, 21 и 21%, в левой – соответственно на 21, 21 и 23%.

Развитие хромовой ОПН сопровождалось активизацией процессов ПОЛ, о чем свидетельствует повышение концентрации ДК на 204%, МДА – на 160% в гомогенатах почек на фоне депрессии АОЗ почек – активность СОД уменьшается на 40%, КАТ – на 23%, содержание SH-

групп ткани на 51%. Содержание в почках белка снижалось в 3 раза. Интеграционный показатель сбалансированности перекисного гомеостаза (SH/МДА) в почечной ткани уменьшается в 5,18 раз.

Превентивное использование МЛ, МК и ЛК привело в сравнении с данными животных контрольной, снижению содержания ДК на 33, 26 и 29% соответственно, МДА – соответственно на 44, 36 и 42% на фоне активизации АОЗ в почечной ткани, что сопровождается возрастанием активности СОД соответственно на 26, 18 и 15%, КАТ – на 21, 16,5 и 14,6% и количества SH групп на 48, 62 и 79% соответственно. SH/МДА возрастает соответственно в 2,56 раз, 2,46 и 3,02 раза. Содержание белка в 2,55 раз, 2,39 и 2,51 раз. Эти данные свидетельствуют о способности МЛ, МК и ЛК активизировать антиоксидантную систему почек.

Таблица 2 - Влияние масляных экстрактов лопуха, крапивы и липоевой кислоты на функциональное состояние почек крыс в условиях хром-индуцированной нефропатии

Параметры	Интактные	ХИТНП	МЭКЛ	МЭЛК	ЛП
V, мкл/мин	2,63±0,07	1,15±0,1 ^o	2,35±0,063 ^o	1,95±0,06 ^o	2,17±0,06 ^o
U _{cr} x V, мкмоль/мин	33,05±1,96	7,1±0,71 ^o	17,54±1,1 ^o	13,42±0,68 ^o	15,81±0,67 ^o
СКФ, мкл/мин	327,4±25	42±5,23 ^o	172±11 ^o	125±6,86 ^o	145±8,25 ^o
R _{H2O} , %	99,15±0,07	97,08±0,24*	98,57±0,13 ^o	98,4±0,09 ^o	98,47±0,09 ^o
ФЗ _{Na} , мкмоль/мин	46770±3414	4236±480 ^o	24512±1535 ^o	17780±889 ^o	20788±1032 ^o
U _{Na} x V, мкмоль/мин	0,218±0,009	0,031±0,0026 ^o	0,171±0,005 ^o	0,133±0,0049 ^o	0,152±0,006 ^o
R _{Na} , %	99,51±0,045	99,19±0,075*	99,26±0,068	99,23±0,05	99,24±0,06
C _{osm} , мкл/мин	8,39±0,42	138±0,16 ^o	6,73±0,315 ^o	5,35±0,18 ^o	6,12±0,18
C _{H2O} , мкл/мин	-5,71±0,44	-0,173±0,066 ^o	-4,41±0,22 ^o	-3,4±0,17	-3,92±0,172
U _{осм} x V мкосм/мин	2,55±0,15	0,484±0,037 ^o	1,98±0,09	1,572±0,06	1,786±0,091
U _{Рi} , мг/мл	1,34±0,1	7,45±0,51 ^o	2,8±0,21	3,4±0,29	2,9±0,19

Примечание: все показатели рассчитаны на 100 г массы тела животного; достоверность различий по отношению интактных: * - p<0,05; ^o - p<0,01.

Таким образом, профилактическое введение исследуемых препаратов (масляные экстракты лопуха, крапивы и липоевая кислота) животным тормозят или ослабляет течение (развитие) хром-индуцированной нефропатии, т.е. проявляет нефропротекторное влияние. При этом отмечается повышение диуретической, депурационной функции почек, увеличение СКФ, экскреции натрия, ОАВ, C_{осм}, C_{H2O}, снижение протеинурии, ВИП на фоне торможения СРО и активизации эндогенной АОС организма, в частности почек.

Полученные данные позволяют предположить, что одним из возможных аспектов в механизме их нефропротекторного действия является наличие антиоксидантной активности [3]. Значительную роль в антиоксидантном влиянии изучаемых препаратов играет их способность повышать активность системы глутатиона, о чем свидетельствуют полученные данные об увеличении под их влиянием количества сульфгидрильных групп и соотношения SH-групп/МДА, отражающих уровень ликвидации дисбаланса в одной из важнейшей антиоксидантных ферментных систем регуляции ПОЛ, глутатионовой, за счет повышения АОЗ клетки [4]. По данным последних лет тиолдисульфгидрильной системе, в частности восстановленному глутатиону, отводится роль главного водорастворимого антиоксиданта, поскольку установлено, что в условиях окислительного стресса повышенная концентрация тиоловых групп защищает клеточные структуры и функциональные белки от повреждения, а также ускоряет инактивацию гидроперекиси и других токсических продуктов [5,6]. По мнению ряда ученых [7] прооксидантное действие хрома реализуется именно посредством продукции гидроксильного радикала (гидроперекиси), который являясь активной формой кислорода, будет усиливать СРО, тем самым оказывая повреждающее действие на организм.

Следует отметить, что флавоноидные соединения, входящие в состав изучаемых масляных экстрактов на ряду непосредственным, оказывают опосредованное антиоксидантное действие, выражающееся в способности защищать от окислительной деструкции важнейших эндогенных антиоксидантов: аскорбиновую кислоту, аденилин и другие.

Хроммен индукцияланган нефропатияның ағымына ошаған, қалақай майлы сығындылары мен липой қышқылының әсері

Хроммен индукцияланган бүйрек жетіспеушілігінің алдын ала қолданғандағы ошаған, қалақай майлы сығындыларының және липой қышқылының әсерлерінің нәтижелерін зерттеу, олардың белгілі бір деңгейге дейін хроммен индуцирленген нефропатияның дамуын тежейтіндігі көрсетті.

Influence of acidum lipicum, oil extracts of the burdock and nettle on the current of the nephropathy induced by chrome

Studied influences of oil extracts of a burdock, a nettle and Acidum lipicum on chrome-induced renal insufficiency. Investigated preparations at preventive application brake development nephropathy chrome-induced.

Выводы. 1. Масляные экстракты из корней лопуха, листьев крапивы и липоевая кислота обладают защитным действием в условиях острой токсической нефропатии. Уменьшают степень нарушения диуретической, депурационной, ионо-осморегулирующей функцию почек, тем самым тормозят развитие острой почечной недостаточности.

2. Развитие хром-индуцированной нефропатии сопровождается усилением процессов перекисного окисления липидов. Превентивное применение масляных экстрактов лопуха, крапивы и липоевой кислоты активизирует антиоксидантную защиту в почках, что наряду с увеличением скорости клубочковой фильтрации, способствуют проявлению защитного действия в условиях данного вида патологии.

Литература:

1. Скальная М.Г., Дубовой Р.М., Скальный А.В. Химические элементы – микронутриенты как резерв восстановления здоровья жителей России: Монография. – Оренбург, РИК ГОУ ОГУ, 2004. – 239с.
2. Шевченко И.Т., Богатов О.П., Хрипта Ф.П. Элементы вариационной статистики для медиков. – Киев: «Здоровье». – 1970. – 108 с.
3. Алдиярова Н.Т. Фармакологическое обоснование применения масляных экстрактов лекарственных растений при бронхолегочной патологии (экспериментальное исследование): автореф. д.м.н.: 14.00.25. – Астана, 2006. - 44 с.
4. Шлейкин А.Г. Биохимические маркеры дыхательного дистресса // Экологическая безопасность городов. Матер.научн. конф. Санкт-Петербурга, 5-6 окт. 1993. – СПб., 1993. – с.232-233.
5. Packer L. (ed) Biothiols Part A: Monothioles and dithiols, protein thiols and thiol radicals // Methods in enzymol. – San – Diego. – Acad. Press. – 1995. – V. 251 – 382 p.
6. Das D. Thioredoxin regulation of inchemic preconditioning // Antioxid. and redox. signal. – 2003. – V.5, №5. – P. 405-412.
7. Тимошинова С.В., Шарапова Н.В., Михайлова И.В. и др. Влияние хронической интоксикации хромом и бензолом на антиоксидантный статус крыс // Вестник ОГУ. – 2004. - №10. – С. 132-133.

ӨӘЖ 616.441-08

ҚАЛҚАНША БЕЗ АУРУЛАРЫМЕН СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН ЖАҚСАРТУДЫҢ МАҢЫЗЫН АРТТЫРУ**А.С. Масадыков****Семей қаласы Мемлекеттік медицина университеті**

Қалқанша без ауруларының көбі нақты жас ерекшелікпен сипатталады, яғни олар өмір сүру барысында пайда болады, заңды даму динамикасына ұшырайды және нақты бір жаста клиникалық көріністер жиілігі биігіне жетеді.

Бұл, әсіресе тиреоидты патологияның болуы жөніндегі эндемиялық аймақтарда нақты көрінеді (1,2). Профилактика мен емдеу жүргізілмеген эндемиялық зобтың патогенез заңдылығы аурудың қалыптаса бастағаннан кейін 15-20 жыл өткенде әдетте 40 жастан асқан адамдарда клиникалық байқалудың анағұрлым маңызды дамуына әкеледі (3). Тұрғындардың қартаю тенденциясы, қалқанша бездің клиникалық манифестелген формасындағы өмір сүру сапасының төмендеуі, диагностика мен емдеу әдістері құнының қымбаттылығы қалқанша бездің түйінді патологиясын тиімді емдеуді анықтау мен таңдауда мәселені маңызды элеуметтік факторға айналдырды. Бұл мәселедегі науқастардың өмір сүру сапасын сақтау мен оны жақсарту ерекше орын алады және экономикалық аспектілермен тығыз байланысты.

Соңғы уақытта денсаулық сақтау ісін басқару қызметі елеулі өзгерістерге ұшырады. Қазіргі кезде әдістің ғылыми негізделген ұсынымдары қажет. Экономикалық мақсаттылық пен ізгілік жолдары және мемлекет мүддесі арасындағы тепе-теңдікті сақтап қалу өте маңызды (4).

Зерттеудің мақсаты.

Қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу сапасын өмір сүру сапасы белгісін ескере отырып жақсарту формаларын ұйымдастыруды дайындау.

Материалдар мен әдістер.

ҚР ДСМ бұйрықтары мен нормативті құжаттары, қалқанша бездің әртүрлі түйінді патологиясымен сырқаттанған науқастардың сырқатнамалары мен амбулаторлық карталары, SF 36 әдісін пайдалана отырып өмір сүру сапасын талдау нәтижелері талданды (5,6).

Зерттеу нәтижелері және оларды талдау

Қалқанша бездің негізгі түйінді патологиясын анықтау мен емдеуге арналған қолда бар ғылыми еңбектер мен клиникалық ұсынымдарға жүргізілген талдау осы процесстер сапасына тікелей байланыста болып, елеулі ықпал ететін бірқатар мәселелерді анықтауға мүмкіндік туғызды. Олардың негізгілеріне мыналар жатады:

1) Қалқанша бездің түйінді патологиясын дер кезінде анықтауға бағытталған жүйелі тәсіл мен нақты стратегияның жоқтығы.

2) Қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу сапасын бағалау белгілері қойылмаған және көрсеткіштер анықталмаған.

3) Қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу процесіне бейімделген және ЕПМ басқарудың жалпы жүйесіне интегралданған, сапаны басқарудың қисынды жүйесінің жоқтығы.

Қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу процесінің өзін мақсатты түрде жетілдіру мүмкіндігінің болмауы салдар сияқты.

4) Қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу процесін – негізгі процесс қызметін қамтамасыз ететін, қосалқы процесстерді сипаттайтын параметрлердің нақты жүйесінің болмауы. Аталмыш

жағдайдағы қосалқы процесстерге адами, материалдық-техникалық және ең алдымен қаржылық ресурстардың қалыптасуына байланысты негізгі процесті жүргізуге қажетті процестер жатады.

5) Жетекші клиникалық параметрлер қатарында науқастардың өмір сүру белгісін пайдаланудың және жүргізілген емнің экономикалық тиімділігі ассоциациясының болмауы.

Қалқанша бездің түйінді патологиясы аурулары тұрғындар арасында скрининг жүргізу нәтижесінде және тұрғындардың өздері эндокринологқа немесе басқа мамандық дәрігерлеріне қаралу барысында анықталуы мүмкін.

Осыған жүгіне отырып, қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау сапасы мен емдеу процесін ұйымдастыру құрамына мыналар жататын көп факторлы мәселе деп айтуға болады:

- мамандардың біліктілігі;
- медициналық қызметтің сапасы мен оларды ұйымдастырудың сапасы;
- құрал-жабдықтардың, аспаптардың, дәрілік препараттардың, ақпараттық қамтамасыз етілу сапасы;

Оның өзінде қажетті сапаға қол жеткізу қалқанша бездің түйінді патологиясы барысында анықтау мен емдеу процесін ұйымдастыру мәселесіне қатысты барлық қызмет саласында сапаны қамтамасыз ету әдісі іске асқан кезде кешенді жүйелі тәсіл барысында ғана мүмкін.

Аурудың әрбір сатысы үшін клиника-экономикалық белгілер бойынша емдеудің неғұрлым тиімді әдістерін маңызына қарай талдау жүргізіледі. Өмір сүру сапасы белгілерін пайдалану және емдеудің экономикалық жағынан байланысын талдау ұсынылады. Егер бірнеше саты немесе ауру формалары үшін неғұрлым артықшылығы басым әдістер сәйкес келіп жатса, онда бұл сатылар бір топқа біріктіріледі. Науқастың осы топтардың біріне жатуы неғұрлым нақтырақ сатылану топ ішінде лайықсыз болғандықтан диагностика мақсаты болып табылады.

Медициналық көмек көрсету барысында маңызды фактор – емдеу салдарын ескеру қажет. Басты міндет: нақты пациенттің өмір сүру сапасы жағынан неғұрлым жақсы нәтижеге жету мүмкіндігі жөнінен қамтамасыз ету, осы нәтижеге дұрыс болжам жасау және пациентті (немесе оның туыстарын) зардаптары туралы хабардар ету.

Тиімділіктің клиникалық белгілері пациенттің өміріне тікелей қауіп болмаған жағдайда, пациенттің емдеу нәтижелеріне қанағаттанбауы себебін талдау барысында аса маңызды.

Қанағаттанбау мен өмір сүру сапасының төмендеуінің мынадай себептерін бөліп айтуға болады:

1. Ауру сатысын немесе формасын дұрыс анықтамау.
2. Аталмыш саты немесе форма үшін дұрыс емдеу әдісін таңдамау.
3. Диагностика мен ем жүргізу әдістерін сақтамау.
4. Әдістің науқастың өмір сүру сапасын жақсартуға әкелу қабілетсіздігі.

Осы себептерді талдау барысында диагностикалық және емдеу әдістерін қолдану тәжірибесіне өзгерістер енгізу қажеттілігін нақты негіздеу мүмкіндігі айқындалады.

Қорытынды: Қалқанша бездің түйінді патологиясымен сырқаттанған науқастарға медициналық көмек көрсету сапасын жетілдіру аурудың сатысы мен емдеу тәсілін қолдануға қатысы жоқ науқастардың өмір сүру сапасына есеп жүргізуді талап етеді.

Өмір сүру сапасын талдау жалпы процедура шеңберінде экономикалық тиімділікті бағалаумен үндесуі мүмкін.

Қалқанша безді емдеудің стандартты жолдарын дайындау мен тәжірибеге енгізуде алынған нәтижелер негізінде емдеудің дифференциалды кешенді жолдары мен өмір сүру сапасы ескерілуі қажет.

Әдебиеттер:

1.Болезни щитовидной железы // Под ред. Л.И.Бравермана. - М.: Медицина, 419 с.

2.Oppenheimer J.H., Schwartz Hl., Strait K.A. Thyroid hormone action 1994: the plot thickens // Eur. J. Endocrinol. -1994. - Vol.130, N.1.-P.15-24.

3.Фадеев В.В. Йододефицитные заболевания // Эндокринология. - 2002. - Т.2, №4.

4.Вялков А.И., Воробьев П.А. Здравоохранение Российской Федерации: Развитие медицины основанной на доказательствах // Проблемы стандартизации в здравоохранении. -2001.- №1.

5.Ware J.E., Sherbourne CD. The MOS 36-item short health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection // Mod. Care. -1992. - Vol.30. - P.473-483.

6.Бойцов Б.В., Крянев Ю.В., Кузнецов М.А. Качество жизни // Стандарты и качество. -1997. - №8.

Improving the quality of life of patients with thyroid diseases

A.S. Masadykov

Research objective. Working out of organizational forms of improvement of quality of diagnostics and treatment of a nodular pathology of a thyroid gland taking into account quality of life criterion.

Orders and standard documents of Ministry of Health care of Kazakhstan, case records and out-patient cards of patients with various central diseases of a thyroid gland, results of the analysis of quality of life with use of technique SF36 are analysed.

Perfection of quality of medical care by the patient with a central pathology of a thyroid gland demand the account of quality of life of patients without dependence from a stage of disease and the applied method of treatment.

The analysis of quality of life can be interfaced to an estimation of economic efficiency within the limits of the general procedure.

Working out and introduction of standard approaches to thyroid gland treatment should consider necessity of an estimation of quality of life and the differentiated complex approach to treatment on the basis of the received results.

УДК616.428:616.383:612.339:546.76

ХРОМ ҚОСЫНДЫСЫНЫҢ ІШПЕРДЕ ІШЛІК ӘСЕРІ КЕЗІНДЕГІ ПЕЙЕР ТАБАҚШАЛАРЫНДАҒЫ ЖӘНЕ ШАЖЫРҚАЙ ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІНДЕГІ ӨЗГЕРІСТЕР
Қ.Е. Жарылқасынов

М. Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қ.

Кіріспе: Химиялық элементтерді ауылшаруашылық саласында, өндірісте кең қолдану қоршаған ортаның және тағам өнімдерінің ластануына әкеліп, нәтижесінде адам денсаулығын қорғаудың өзекті мәселелерін туындатып отыр. Химиялық заттар аз мөлшерде адам және жануарлар ағзасына түскенімен, олардың жинақталуы арқылы ағзада эндогенді улану дамиды. Нәтижесінде зат алмасу үрдісі бұзылып, регуляторлық, адаптациялық, физиологиялық және т.б. қызметтердің әлсіреуінен, одан әрі қайтымсыз үрдістің дамуына әкелуі ықтимал [1,2].

Ю.И. Бородин мәліметтері бойынша кез-келген ішкі орта жағдайының бұзылыстары міндетті түрде ағзадағы лимфатикалық жүйенің көрсеткіштерінің бұзылыстарына әкеледі. Лимфатикалық жүйе әр-түрлі сыртқы және ішкі орта факторларының әсерлеріне алғашқы болып кешенді түрде жауап береді. Лимфатикалық құрылымдардың барлық звеноларының ағзадағы патологиялық процеске реакциясы біріккен түрде жүреді, сондықтан бұл жүйенің әрбір компоненті лимфатикалық құрылымдардың интеграциялаушы жауабы шеңберінде өзінің арнамалы қызметін атқарады [3,4,5,6,7].

Осы орайда, адам ағзасындағы хромдық патологиялар кезіндегі лимфоидты құрылымдардағы болатын өзгерістер соңғы жылдары ғалымдардың қызығушылығын тудырып отыр [8,9]. Себебі хром микроэлементтерімен сыртқы ортаның ластану қарқыны өндірістердің дамуына байланысты, әсіресе Ақтөбе облысы аймағында жоғарылап отыр.

Зерттеу мақсаты: Бихромат натрийдың созылмалы әсері кезіндегі аш ішектің бойындағы Пейер табакшаларының және шажырқай лимфа түйіндерінің құрылымдық – функционалдық қайта құрылуын тәжірибеде анықтау.

Зерттеу әдістері мен материалдары: Зерттеу салмағы 200-250 гр. құрайтын 30 аталық егеуқұйрықтарға жүргізілді. Бихромат натриймен ішперде ішлік созылмалы әсер ете отырып, Пейер табакшаларындағы және шажырқай лимфа түйіндеріндегі болатын микроанатомиялық өзгерістер бақылау тобымен салыстырылды.

Тәжірибе соңында егеуқұйрықтарға декапитация жасалынып аш ішек бойындағы лимфоидты құрылымдар мен шажырқайлық лимфа түйіндері анатомиялық, гистологиялық тәсілдермен зерттелді.

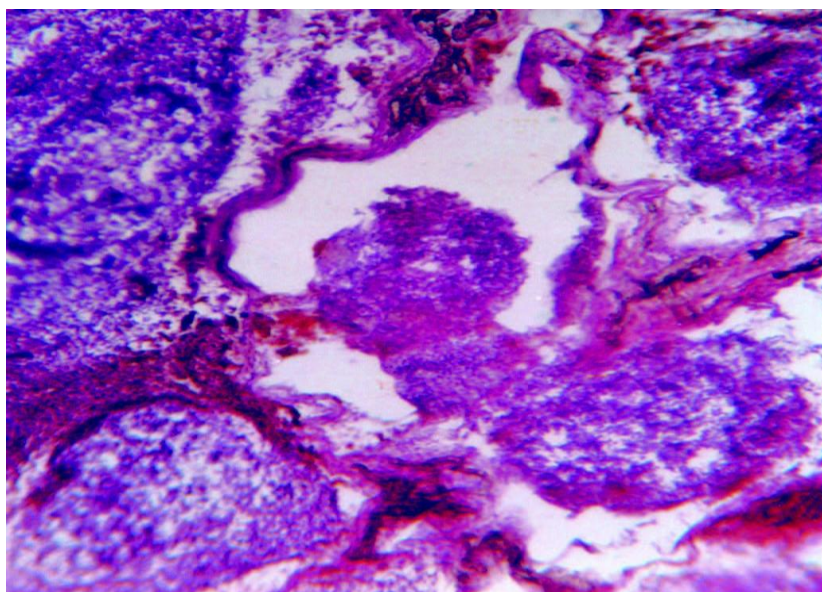
Зерттеу нәтижелері және оны талдау:

Бихромат натрийды енгізгеннен кейін 14 тәулікте шажырқай лимфа түйіндерінің паракортикальды аймағының көлемдік тығыздығы 2,5 есеге жуық ұлғайды. Паракорттектің бихромат натрийды енгізгеннен кейін көлемінің ұлғаюы, сол аймақта лимфаның кідіруіне байланысты ісінуіне болуы мүмкін.

Жарықсыз орталықты лимфоидты түйіншіктердің көлемдік тығыздығы бақылау тобымен салыстырғанда 7 тәулікте 2,7 есе, ал 14 тәуліктен кейін 3,5 – 3,6 есе шынайы кеміген. Ал, жарықты орталықты түйіншіктер өзгеріссіз қалды. Дегенмен мантиялық аймақтың көлемдік тығыздығы 3,7 есеге жуық бақылау тобымен салыстырғанда кеміді.

Лимфа түйіндеріндегі лимфоидты түйіншіктер көрсеткіштерінің төмендеуі лимфа түйіндеріндегі В-

лимфоциттердің азаюына байланысты болып отыр (сурет 1).



Сурет – 1. Шажырқай лимфа түйінінің паренхимасы. Уланудың 14 тәулігі. Жарықты орталықты лимфоидты түйіншіктердегі лимфоидты жасушалардың азаюы. Гематоксилин және эозин әдісімен боялған. Үлк. X 200.

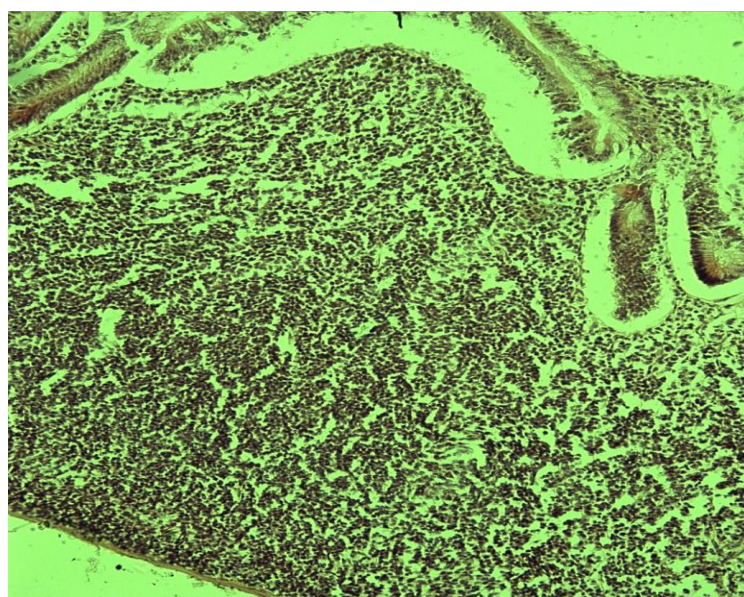
Жоғарыда сипатталған өзгерістер созылмалы уланудың барлық мерзімдерінде анықталды.

Бихромат натриймен созылмалы улану нәтижесінде миль зат құрылымының алаңында бақылау тобымен салыстырғанда шынайы айырмашылықтар болған жоқ.

Кейбір препараттарда жарықты орталықты, жарықсыз орталықты лимфоидты түйіншіктерде лимфоидты фолликулалардың дистопиясы анықталды. Осындай фолликулалар қыртыстық платода ғана емес, паракортикальды аймақтың орталығында, паракортекс пен миль заттың шекарасында және миль заттың өзінде де орналасқандығы анықталды.

Аш ішек бойындағы лимфоидты табақшалардың созылмалы уланудың барлық кезеңдерінде барлық құрылымдық аймақтарының алаңдарының бақылау

тобымен салыстырғанда төмендеуі анықталды. Лимфоидты табақшалардағы түйіншелер алаңы 14 тәулікте 3,2 есе, ал 30 тәулікте 6,3 есе шынайы кеміген. Уланудың 30 тәулігінде жарықты орталықты түйіншелердің айқын азайғандығы анықталды. Ал, түйінше аралық аймақ 14 тәулікте 2,0 есе, 30 тәулікте 3,2 есе артқан. Уланудың бастапқы кезеңінде лимфоидты табақша күмбезі алаңы 1,2 есе артқанымен, 14 тәулікте 1,5 есе, ал 30 тәулікте 2,7 есе жуық кемігендігі анықталды. Лимфоидты табақша күмбезі алаңының уланудың бастапқы кезеңде артуын көбею орталығынан ішек күмбезіне қарай лимфоциттердің миграциясымен байланыстыруға болады (сурет 2).



Сурет – 2. Аш ішектің лимфоидты табақшасы. Жарықты орталықты лимфоидты түйінше анықталмайды. Гематоксилин және эозин әдісімен боялған. Үлк. X 200.

Қорытынды. Бихромат натриймен созылмалы улану егеуқұйрықтардың иммундық ағзаларында елеулі өзгерістер тудырды. Шажырқай лимфа түйіндеріндегі және аш ішек қабырғасындағы лимфоидты табакшалардың иммундық жауапқа қабілетті аймақтары алаңының күрт кемуі, лимфоидты тіндердің функциональдық қабілетінің жадауына әкеледі.

Әдебиеттер:

1. Рахманов С.Б. Аш ішек бойындағы лимфоидты құрылымдардың дамуы мен қызметіне қазіргі көзқарас // Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясының хабаршысы. – 2007. - №4(37). – С.215-217.
2. Левин Ю. М. Эндозкологическая медицина / Ю. М. Левин. - М., 2000. - 343 с.
3. Бородин Ю. И. Лимфология как наука: некоторые итоги и перспективы // Проблемы клинической и экспериментальной лимфологии: сб. науч. тр.: (материалы междунар. конф.). - Новосибирск, 1996. - 31-42.
4. Бородин Ю.И. Лимфодренажный фактор эндозкологического равновесия // Проблемы лимфологии и эндозкологии. Труды НИИКиЭЛ СО РАМН. Под. ред. Ю.И. Бородина и В.Н. Горчакова. - Новосибирск, 1998. - Т.7. - 50-53.

5. Бородин Ю. И. Проблемы лимфодетоксикации и лимфосанации // Проблемы экспериментальной клинической и профилактической лимфологии. — Новосибирск : Изд-во НИИ экспер. и клин. лимфологии СО РАМН, 2000. - 5-9.

6. Бородин Ю. И. Влияние кратковременного потребления вод различного состава на структурную организацию лимфоидных органов и стенки тонкой кишки // Сибирский консилиум. - 2004, - № 1 (31). - 8-11.)

7. Бородин Ю.И. Лимфатическая система и водный гомеостаз // Морфология. - 2005. - №4. -С. 60-65.)

8. Голубева И. А. Морфо - функциональная характеристика лимфоидных органов и стенки тонкой кишки при потреблении вод различного состава (экспериментальное исследование) : автореф. дис. ...д-ра мед. наук / И. А. Голубева. - Новосибирск, 2004. - 42 с.

9. Балмагамбетова А.Д., Адайбаев Т.А. Изменение лимфатического русла желудка при хроническом воздействии бихромата калия // Материалы евразийского симпозиума «проблемы саногенного и патогенного эффектов эндо- и экзозкологического воздействия на внутреннюю среду организма» по вопросам фундаментальной и прикладной медицины. – Чолпон-Ата, 2009. –С. 64.

Морфологические изменения в пейеровых бляшках и лимфатических узлах брыжейки при внутрибрюшинном введении соединений хрома

При хроническом отравлении соединением бихромата натрия в брыжеечных лимфоузлах и лимфоидных образованиях тонкого кишечника выявляется резкое уменьшение площади функциональных зон.

Morphological changes in peyers plaques and mesenteric lymph nodes at intraperitoneal introduction of connections of chrome

At a chronic poisoning with connection of bichromate of sodium in mesenteric lymph nodes and lymph nodes small intestines educations sharp reduction of square of functional zones comes to light.

УДК 575.191:612.014.24

РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КАК ИНДИКАТОРА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова

Казахский Национальный медицинский университет, г. Алматы

Актуальность. Артериальная гипертензия - один из главных факторов риска острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Большая частота развития ишемических инсультов (ИИ) определяет высокую медико-социальную значимость углублённого изучения АГ в формировании цереброваскулярной патологии [1].

Цель данной работы: уточнить значимость АГ в формировании церебральных диземий (ЦД).

Материалы: было обследовано 20 больных, пережёвших ИИ. Среди них 11 человек с ИИ в каротидной системе, 9 человек с ИИ в вертебробазилярной системе. Повторные ИИ отмечались у 5 больных. Пол: 9 женщин и 11 мужчин. Возраст: от 40 до 75 лет, средний возраст 52 года.

Методы обследования: классификация ВОЗ и Международного общества артериальной гипертензии, статистическая обработка заключений терапевтов из истории болезней и амбулаторных карт, сбор жалоб и анамнеза, осмотр больных с применением физикальных методов обследования.

Результаты и обсуждение: по нашим данным, колебание артериального давления (АД), в том числе и до высоких цифр, отмечалось у всех 20 обследуемых с ИИ. Среди них 11 человек страдали первичной АГ, которая являлась дебютом всех последующих хронических заболеваний, а 9 – вторичной. Этиология симптоматической АГ обследуемых была различна: ренопаренхима-

тозная – у 5 человек, эндокринная – у 2, кардиогенная – у 2.

Нами было проведено измерение АД у больных в остром периоде ИИ. Среднее рабочее АД на фоне проводимой медикаментозной коррекции АГ варьировало от 100/70 до 160/100 мм рт ст (в среднем 132±13,99 / 83±8,01 мм рт ст). Кроме того, согласно классификации ВОЗ и Международного общества артериальной гипертензии на фоне проводимой терапии оптимальное АД было у 2 человек, высокое нормальное – у 2, I степень (мягкая) АГ – у 7, II степень (умеренная) АГ – у 1, изолированная систолическая АГ – у 4, III степень (выраженная) АГ – не зафиксирована. Согласно данным амбулаторных карт максимальные цифры подъёма АД варьировали от 130/90 до 260/150 мм рт ст (в среднем 182,5±27,5 / 113,5±15,65 мм рт ст). Только у 3 больных без медикаментозной коррекции была выявлена мягкая АГ, остальные 18 человек страдали выраженной АГ.

Ряд авторов [2] считает, что среди всех форм АГ на долю мягкой и умеренной приходится около 70-80%, в остальных случаях наблюдают выраженную АГ. Мы полагаем, что именно выраженная АГ, а именно подъём цифр АД более 180/110 мм рт ст является индикатором в развитии ЦД. Речь идёт о прямой связи между уровнем АД и риском развития ИИ: по литературным данным увеличение диастолического АД на 7,5 мм рт ст сочетается с увеличением риска ИИ почти в 2 раза. АГ

напрямую и опосредованно приводит к развитию ОНМК [3]. Мы согласны с авторами, что АГ вызывает в перфорирующих артериях мозга липогиалиноз и фибриноидный некроз, а также стимулирует атеросклероз прецеребральных, крупных и средних церебральных артерий и развитие сердечных заболеваний. Чем выше были цифры АД у обследованных нами пациентов, тем более выражены были изменения. Стаж АГ составлял от 3 до 30 лет (в среднем $11,1 \pm 8,26$ лет) с момента первого измерения АД, но больные отмечали ухудшение состояния за годы (от 2 до 5 лет) до контроля цифр АД. Течение и осложнения АГ усугубляли длительное регулярное употребление алкоголя и курение. Преимущественно крепкими алкогольными напитками систематически злоупотребляли 7 человек, эпизодически – 8. Длительный срок курения был отмечен у 8 человек. Течение АГ, по нашим данным, ухудшали также изменения липидного профиля на фоне регулярного несоблюдения диеты, наличия сахарного диабета и ишемической болезни сердца. В последние годы активно изучаются генетические механизмы АГ [4]. У 18 из 20 обследованных нами больных наследственность по АГ была отягощена. Среди них 5 человек назвали причиной смерти их родителей ИИ. Многие обследованные нами больные не могли точно вспомнить заболевания родителей. Однако часть пациентов упомянула симпто-

мы, свидетельствующие об ухудшении состояния кровных родственников на фоне повышенного АД. Следует отметить, что у всех 20 обследованных нами пациентов мозговая катастрофа произошла в момент повышения АД на фоне отягощенной наследственности по сердечно-сосудистой патологии.

Заключение: существует прямая связь между уровнем подъема АД и риском развития ИИ. Выраженная АГ является индикатором развития ЦД на отягощенном по наследственности и преморбидном фоне (в виде экзогенных вредностей, дислипидемий, гликемий и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии).

Литература:

1. Фоякин А.В., Суслина З.А., Гервакина В.А. Кардиологическая диагностика при ишемическом инсульте. – С.-Пб.: ИНКАРТ, 2005. – 224 с.
2. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. – М.: Медицина, 1997. – 288 с.
3. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. – М.: Медицина, 2001. – 744 с.
4. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С., Галявич А.С. Внутренние болезни. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 586 с.

Тамыр гипертензиясының ролі бүл индикатор

Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова

Цереброваскуляр патологиялары (ТГ) тамыр гипертензиясы жүйенің жүрек-қолқасының ауруларының арасында бірінші орында орналасады. Ауруды мәліметпен 20-30% ересек тұрғындарды бейнет тартады. Көп таралғандық жас шамасымен үлкен 65 жылдардың тұлғаларында үлкейіп 50-65% жетеді.

Role of the arterial hypertension as indicator of cerebrovascular pathologies

B.K. Dyusembayev, A.Sh. Oradova

The arterial hypertension (AG) wins first place among diseases of cardiovascular system. The given diseases 20-30 % of adult population suffer. With the year's prevalence increases and reaches 50-65 % at persons is more senior 65 years.

УДК 618.14-089+616.9

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДА И ПЛАЦЕНТАРНОГО ЛОЖА МАТКИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

З.Г. Хамидуллина

Национальный Научный Центр Материнства и Детства, г. Астана

Актуальность. Несмотря на современные достижения медицинской науки инфекционно-воспалительные осложнения после операции кесарево сечение все еще остаются актуальной проблемой в акушерстве. Материнская смертность от акушерского сепсиса в Республике Казахстан занимает пятое место среди причин, связанных с беременностью и родами, не имея тенденции к снижению. В большинстве случаев это связано с акушерскими осложнениями и их запоздалой диагностикой. Кроме того, немаловажное значение имеет изменение характера патогенной микрофлоры и нерациональное применение антибиотиков [1-3].

Частота инфекционно-воспалительных осложнений после кесарева сечения колеблется в широких пределах от 13,3% до 54,3% [4-6].

Наиболее частыми инфекционными осложнениями являются метроэндометрит (10-30%) и нагноение операционной раны (3-5%) [7].

Ведущее значение в развитии инфекционно-воспалительных осложнений после операции кесарево сечения имеет наличие амниальной инфекции и, как следствие этого инфицирование тканей последа и эндометрия.

Целью нашего исследования явилось установление взаимосвязи между воспалительными изменениями в последе, плацентарном ложе матки и возникновением инфекционно-воспалительных заболеваний в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. Материалом исследований явились 60 плацент и биоптатов плацентарного ложа, взятых от рожениц во время операции кесарево сечение. В зависимости от течения послеоперационного периода они были разделены на 2 группы, по 30 плацент и биоптатов плацентарного ложа в каждой.

I группу (основная группа) составили плаценты, взятые от рожениц с инфекционно-воспалительными осложнениями в послеоперационном периоде. К осложненному течению послеоперационного периода относили метроэндометрит в 3 случаях, субинволюцию матки в 7 случаях, инфильтрат шва передней брюшной стенки в 12 случаях, частичное расхождение кожных швов передней брюшной стенки в 8 случаях

II группу (группа сравнения) составили плаценты, взятые от рожениц с неосложненным течением послеоперационного периода.

В работе использовались макроморфометрические, гистологические и гистохимические методы исследования.

Для обработки клинического материала и результатов лабораторных исследований использовался общепринятый в медицине метод вариационной статистики с использованием критериев Стьюдента. В обработке учитывались только достоверно значимые ($p < 0,05$) различия.

Статистическая обработка и анализ результатов проводились на персональном компьютере Asus A3500L с помощью программ «Stats Graphics», «Statistica», «Excel».

Результаты исследования и их обсуждение.

Средний возраст пациенток в основной группе составил $29,5 \pm 0,9$ лет, в группе сравнения $28,8 \pm 0,8$ лет ($p > 0,05$). Послеоперационные инфекционно-воспалительные осложнения чаще встречались у рожениц в возрасте 31-36 лет ($53,3\%$).

Изучение соматического анамнеза выявило, что экстрагенитальные заболевания имели $80,0 \pm 7,4\%$ обследованных основной группы, при этом на 1 беременную приходилось 2,3 соматической патологии; в группе сравнения аналогичные показатели составили соответственно $66,7 \pm 8,8\%$ пациенток, 1,8 соматической патологии ($p > 0,05$). Представленные данные свидетельствуют о наличии сочетанной экстра-генитальной патологии у пациенток сравниваемых групп: в основной по 3 заболевания у $46,7 \pm 9,3\%$, по 2 - у $13,3 \pm 6,3\%$; сравнительной по 2 - у $50,0 \pm 9,3\%$, ($p < 0,001$).

В структуре перенесенных экстрагенитальных заболеваний среди обследованных основной группы преобладали в 5 раз частые острые респираторные заболевания ($p < 0,05$), в 4,5 раз патология эндокринной системы ($p < 0,05$), в 3 раза хронические инфекционные заболевания мочевыделительной системы ($p < 0,001$), в то время как в группе сравнения достоверно чаще встречались заболевания ЦНС, органов зрения, венозной системы нижних конечностей ($< 0,05 - < 0,02$).

Гинекологические заболевания имели $80,0 \pm 7,4\%$ обследованных основной группы, при этом на 1 беременную приходилось 1,6 гинекологической патологии; в группе сравнения аналогичные показатели составили соответственно $63,3 \pm 9,0\%$ пациенток, 1,5 гинекологической патологии ($p > 0,05$). Наиболее часто у пациенток сравниваемых групп наблюдались хронические воспалительные процессы матки и придатков (в основной - $46,7 \pm 9,3\%$, в сравнительной - $26,7 \pm 8,2\%$; $p > 0,05$).

Преобладающее большинство пациенток сравниваемых групп были повторнобеременными, первородящими ($46,7 \pm 9,3\%$ и $40,0 \pm 9,1\%$; $p > 0,05$).

Данные анализа репродуктивной функции свидетельствуют об одинаковом исходе предыдущих беременностей между группами: акушерский анамнез в основной группе был отягощён медицинскими абортами у 8 ($26,7 \pm 8,2\%$), невынашиванием у 6 ($20,0 \pm 7,4\%$), рубцом на матке после предыдущей операции кесарево сечение у 2 ($6,7 \pm 4,6\%$); в группе сравнения соответственно 6 ($20,0 \pm 7,4\%$), 6 ($20,0 \pm 7,4\%$), 2 ($6,7 \pm 4,6\%$), ($p > 0,05$).

Осложнения беременности у обследованных основной группы наблюдались в 100% (30) случаев, сравнительной группы - в 70% (21) случаев.

Среди заболеваний, перенесенных во время настоящей беременности, в основной группе преобладали обострения хронических очагов инфекции мочевыделительной системы, превышая аналогичный показатель в группе сравнения в 5 раз ($p < 0,001$), что представляет определенный риск для развития инфекционно-

воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Течение беременности во II и III триместрах у пациенток основной группы достоверно больше осложнилось угрозой прерывания беременности ($56,7 \pm 9,2\%$ и $26,7 \pm 8,2\%$; $p < 0,05$), хроническим многоводием ($16,7 \pm 6,9\%$ и $3,3\%$; $p < 0,02$), хронической фетоплацентарной недостаточностью ($26,7 \pm 8,2\%$ и $10,0 \pm 5,6\%$; $p < 0,01$), синдромом внутриутробной задержки развития плода ($26,7 \pm 8,2\%$ и $10,0 \pm 5,6\%$; $p < 0,01$), чем в группе сравнения.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, как осложнение позднего гестоза, отмечена только в основной группе, в 3 ($10,0 \pm 5,6\%$; $p < 0,02$) случаях. При этом поздний гестоз протекал в форме преэклампсии легкой степени ($10,0 \pm 5,6\%$; $p < 0,02$), развивался рано - до 36 недель беременности и возникал у пациенток с неоднократными обострениями во время периода гестации хронических воспалительных заболеваний почек.

Приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что осложнения беременности наблюдались с высокой частотой в основной группе обследуемых пациенток, что потребовало длительного, неоднократного стационарного лечения в период беременности ($33,3 \pm 8,8\%$ против $6,7 \pm 4,6\%$ в группе сравнения; $p < 0,001$) и, очевидно, способствовало контаминации беременных женщин госпитальными штаммами.

Роды у всех пациенток были своевременными при сроках беременности 38-39-40 недель.

Сравнительный анализ проведенных оперативных родов у обследованных беременных показал, что у беременных основной группы достоверно часто операция кесарево сечение произведена по экстренным показаниям ($70,0 \pm 8,5\%$ и $16,7 \pm 6,9\%$; $p < 0,001$), чем в группе сравнения.

Плановое абдоминальное родоразрешение достоверно больше произведено у пациенток группы сравнения ($83,3 \pm 6,9\%$ и $30,0 \pm 8,5\%$; $p < 0,001$), чем в основной группе.

Основные показания к абдоминальному родоразрешению во время беременности в группах наблюдения были сочетанными акушерскими и распределились следующим образом: в основной - возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с акушерской патологией - $13,3 \pm 6,3\%$ (4), тазовое предлежание плода в сочетании с акушерской патологией - $6,7 \pm 4,6\%$ (2), рубец на матке после операции кесарево сечение в сочетании с акушерской патологией - $6,7 \pm 4,6\%$ (2); в сравнительной соответственно $16,7 \pm 6,9\%$ (5), $16,7 \pm 6,9\%$ (5), $6,7 \pm 4,6\%$ (2), ($p > 0,05$).

Показаниями, достоверно отличавших пациенток сравниваемых групп при плановом оперативном родоразрешении были экстрагенитальные заболевания (миопия высокой степени с дегенерацией сетчатки, резидуальная энцефалопатия с частыми эпилептиформными припадками) в $33,3 \pm 8,8\%$ (10) случаев среди обследованных группы сравнения ($p < 0,001$). Также при плановом абдоминальном родоразрешении имели место такие показания, как поперечное положение плода в основной группе в $3,3\%$ (1) случае, выраженное варикозное расширение вен влагалища в $10,0 \pm 5,6\%$ (3) случаях.

В процессе родов у пациенток основной группы экстренное кесарево сечение достоверно часто произведено по следующим акушерским показаниям: $13,3 \pm 6,3\%$ (4) острая интранатальная гипоксия плода, слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии, клинически узкий таз, $10,0 \pm 5,6\%$ (3) преж-

двухвременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения у первородящей старше 30 лет, кровотечение, обусловленное преждевременной отслойкой нормально-расположенной плаценты, тазовое предлежание плода в сочетании с острой интранатальной гипоксией плода ($p < 0,05$; $p < 0,02$).

В случаях экстренного оперативного родоразрешения преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось в 4,3 раза достоверно чаще в основной группе, чем в группе сравнения, ($p < 0,001$). При этом продолжительность безводного промежутка более 6 часов отмечена только у пациенток с осложненным течением послеоперационного периода ($30,0 \pm 8,5\%$; $p < 0,001$). Средняя продолжительность безводного периода при экстренном абдоминальном родоразрешении составила: в основной - 9 часов 5 мин $\pm 0,92$ мин, в сравнительной - 5 часов 33 мин $\pm 0,04$ мин ($p < 0,001$).

Установлено, что у рожениц основной группы проводилось родовозбуждение в 3 раза чаще, чем в группе сравнения ($p < 0,05$), родостимуляция только у обследованных основной группы ($p < 0,05$).

Кесарево сечение в родах в 3 раза достоверно часто произведено у рожениц основной группы ($50,0 \pm 9,3\%$ против $13,3 \pm 6,3\%$, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). При этом продолжительность родового акта более 6 часов наблюдалась только у рожениц основной группы ($30,0 \pm 8,5\%$; $p < 0,001$). Средняя продолжительность родов до операции в сравниваемых группах составила: в основной - 6 часов 7 $\pm 1,0$ мин, в сравнительной - 4 часа 53 мин $\pm 0,3$ мин.

Обезболивание во время операции было одинаковым для всех: общее обезболивание с искусственной вентиляцией легких.

Лапаротомия выполнялась во всех случаях надлобковым разрезом. Разрез на матке проводился поперечно в нижнем сегменте. Ушивание матки производилось викриловым непрерывным, обвивным, двухрядным швом. Операция кесарево сечение в обследованных группах протекала без осложнений. Во время операции отмечались в группах наблюдения спаечный процесс передней брюшной стенки и органов малого таза в 2 ($6,7 \pm 4,6\%$; $p > 0,05$) случаях, миома матки в 2 ($6,7 \pm 4,6\%$; $p > 0,05$) случаях.

Не выявлено достоверных различий в обеих группах наблюдения при исследовании общей кровопотери во время операции кесарево сечение и в длительности операции.

Средняя масса, длина роста новорожденных в обследованных группах статистически достоверно не отличалась. Больше количество новорожденных имело массу при рождении от 3000-3499,0 грамм и составило в основной группе 14 ($46,7 \pm 9,3\%$), в группе сравнения 21 ($70,0 \pm 8,5\%$) новорожденных, ($p < 0,05$). Детей при рождении с массой менее 3000,0 грамм, с признаками гипотрофии достоверно больше отмечено в основной группе в 8 ($26,7 \pm 8,2\%$) случаях, чем в группе сравнения соответственно - в 3 ($10,0 \pm 5,6\%$) случаях, ($p < 0,01$).

Анализ распределения новорожденных по шкале Апгар в сравниваемых группах статистически достоверных различий не выявил. Асфиксия легкой степени была диагностирована у 9 ($30,0 \pm 8,5\%$) новорожденных основной группы, у 7 ($23,3 \pm 7,9\%$) новорожденных группы сравнения, ($p > 0,05$). У рожениц сравниваемых групп во время операции кесарево сечение, произведенного по поводу острой интранатальной гипоксии плода, с одинаковой частотой в 4 ($13,3 \pm 6,3\%$; $p > 0,05$) случаях извлечены новорожденные с обвитием пуповины вокруг шеи плода.

Антибиотикопрофилактику во время операции кесарево сечение проводили после пережатия пуповины - 100% с применением антибиотика широкого спектра действия. Первая профилактическая доза антибиотика составляла 1 грамм и вводилась внутривенно. Для поддержания адекватного профилактического уровня антибиотика его вводили после операции внутримышечно через 6, 12 часов по 1 грамму. При сохранении нормальной температуры тела курс антибиотикопрофилактики прекращали. При наличии показаний (подъем температуры тела выше $37,5^{\circ}\text{C}$ в первые сутки после операции; наличие лейкоцитоза свыше 20×10^9 в 1 мкл со сдвигом формулы влево в первые сутки после операции; инфекции во время беременности, потребовавшие хотя бы одного курса антибиотикотерапии; рубцово-спаечный процесс в малом тазу; многоводие; миома матки) проводили антибиотикотерапию по 1 грамму 2 раза в день, лечение прекращали при отсутствии температуры в течение 48 часов.

Макроскопическое исследование плацент сравниваемых групп показало, что по средней массе и площади плаценты достоверно не отличались: в основной - $497 \pm 15,2$ грамма, $303,7 \pm 11 \text{ см}^2$ против $513 \pm 7,7$ грамм, $333,5 \pm 8,7 \text{ см}^2$ - в группе сравнения.

В основной группе плацента имела в 12 ($40,0 \pm 9,1\%$) случаях овальную форму, а в 18 ($60,0 \pm 9,1\%$) - округлую с ровными краями. В группе сравнения преобладали плаценты овальной формы в 16 ($53,3 \pm 9,3\%$) случаях, в 14 ($46,7 \pm 9,3\%$) - отмечена округлая форма ($p > 0,05$ по отношению к основной). На плодовой поверхности в $50,0 \pm 9,3\%$ (15) наблюдениях обеих групп ($p > 0,05$) выявлен ободок или валик, а в $20,0 \pm 7,4\%$ (6) наблюдениях основной и в $10,0 \pm 5,6\%$ (3) - группы сравнения ($p > 0,05$) обнаружены очаговые уплотнения, расположенные по краю плаценты. Материнская поверхность в основной группе дольчатая, дольки разной величины и формы, борозды и извилины не во всех случаях хорошо выражены, в группе сравнения дольчатость, извилины и борозды хорошо выражены. В $30,0 \pm 8,5\%$ (9) в основной, в $20,0 \pm 7,4\%$ (6) группы сравнения ($p > 0,05$) на материнской поверхности плаценты наблюдались крупные участки ткани не разделенные на дольки, а в 10 ($33,3 \pm 8,8\%$) наблюдениях основной, в 6 ($20,0 \pm 7,4\%$) наблюдениях группы сравнения ($p > 0,05$) мелкоочаговые кровоизлияния, кальцификаты и сгустки крови. В основной группе на разрезе ткань губчатого слоя, неравномерного кровенаполнения. Прикрепление пуповины в основной группе краевое в $16,7\%$ (5), промежуточное в $60,0 \pm 9,1\%$ (18), центральное в $23,3 \pm 7,9\%$ (7), в группе сравнения соответственно $10,0 \pm 5,6\%$ (3), $83,3 \pm 6,9\%$ (25), $6,7 \pm 4,6\%$ (2); ($p > 0,05$; $p < 0,02$ по отношению к основной группе).

Выявленные анатомические нарушения строения плаценты в сравниваемых группах, указывают о развитии первичной плацентарной недостаточности, что вызывало клинику угрожающего прерывания беременности в основной группе в $56,7 \pm 9,2\%$ (17), в сравнительной в $26,7 \pm 8,2\%$ (8), ($p < 0,05$).

Причиной обнаруженных аномалий плаценты является нарушение условий имплантации и плацентации, обусловленное недостаточным развитием децидуальной ткани в связи с гормональными расстройствами, атрофическими, склеротическими и другими нарушениями, приводящими к расстройству васкуляризации эндометрия и аномалии плаценты.

Микроскопическое исследование плацент основной группы показало, что патологические изменения в плаценте по выраженности и распространенности были

различными и зависели от экстрагенитальных заболеваний матери (обострение хронического пиелонефрита, ОРЗ, анемия в 33,3% случаев), осложнений беременности (угроза прерывания беременности в 56,7%, гестоз в 33,3%, преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты в 10,0%, хроническое многоводие в 16,7%, хроническая фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки внутриутробного развития плода в 26,7% случаях) и родов (дородовое излитие околоплодных вод в 43,3%, первичная слабость родовой деятельности, клинически узкий таз в 13,3%, острая интранатальная гипоксия плода в 23,3% случаях).

Так, 15 (50,0±9,3%) плацентах основной группы морфологические изменения носили очаговый характер, а гистологическое строение ворсин хориона соответствовало доношенному сроку беременности.

В остальных 15 (50,0±9,3%) плацентах основной группы морфологические изменения были выражены и носили распространенный характер, которые проявлялись расстройством маточно-плацентарного кровообращения, дистрофическими изменениями в материнской и плодовой частях плаценты, патологической незрелостью ворсинчатого хориона (в 5 - 16,7±6,9% наблюдениях преобладание промежуточных зрелых ворсин, характерное для конца второго и начала третьего триместра; диссоциированное развитие котиледонов было обнаружено в 5 - 16,7±6,9% плацентах; незрелые, хаотичные склерозированные ворсины наблюдались в 5 - 16,7±6,9% случаях), нарушением компенсаторных реакций и воспалительной инфильтрацией плодовых оболочек, хориона, базальной децидуальной пластины, межворсинчатого пространства, обнаруженной в 10 (33,3±8,8%) плацентах. Выявленные морфологические изменения соответствуют картине хронической плацентарной недостаточности, которая протекала в компенсированной - 5 (16,7±6,9%) случаев и при признаках воспаления в декомпенсированной форме - 10 (33,3±8,8%) случаев.

При микроскопическом исследовании биоптатов плацентарного ложа основной группы в 10 (33,3±8,8%) случаях наблюдалась картина персистирующего эндометрита и недостаточная гестационная перестройка миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий. У данных беременных течение гестации осложнилось обострением урогенитальной инфекции, гестозом. В дальнейшем у этих родильниц в послеоперационный период осложнился субинволюцией матки, метрорэндометритом.

В остальных 20 (66,7±8,8%) случаях в биоптатах плацентарного ложа основной группы наблюдалась полная гестационная перестройка спиральных артерий в эндометрии и подлежащем миометрии.

Проведенное нами комплексное морфологическое исследование плацент от рожениц с неосложненным течением послеоперационного периода показало, что в 20 случаях в плаценте не были обнаружены патологические изменения и гистологическое строение ворсин хориона соответствовало доношенному сроку беременности с хорошо выраженными компенсаторно-приспособительными реакциями.

В 10 (33,3±8,8%) плацентах отмечались очаговые расстройства маточно-плацентарного кровообращения, умеренно выраженные дистрофические изменения материнской и плодовой частей плаценты, относительная патологическая незрелость в виде диссоциированного нарушения созревания, проявляющаяся наличием неравномерного созревания отдельных котиледонов. Выявленные в 10 (33,3±8,8%)

наблюдениях морфологические изменения лежат в основе развития компенсированной формы хронической плацентарной недостаточности.

При микроскопическом исследовании биоптатов пациенток группы сравнения в 6 (20,0±7,4%) случаях обнаружена неполная гестационная перестройка спиральных артерий эндометрия и миометрия в области плацентарной площадки. Следует отметить, что у данных пациенток во время настоящей беременности диагностированы гестозы. В 24 (80,0±7,4%) случаях в биоптатах плацентарного ложа наблюдалась полная гестационная перестройка спиральных артерий в эндометрии и подлежащем миометрии.

При сопоставлении, выявленных нами морфологических изменений в плаценте и состоянием новорожденного отмечено, что достоверных различий в массе и длине тела детей в обеих группах не обнаружено.

В основной группе с признаками гипотрофии родилось 8 (26,7±8,2%) новорожденных, в асфиксии - 9 (30,0±8,5%) новорожденных, группе сравнения соответственно - 3 (10,0±5,6%) и 7 (23,3±7,9%) новорожденных.

Инфекционно-воспалительные заболевания (конъюнктивит, везикуллопустулез) диагностированы в раннем неонатальном периоде у 6 (20,0±7,4%) новорожденных, у матерей которых послеоперационный период осложнился метрорэндометритом, субинволюцией матки.

Проведенное нами комплексное исследование биоптатов плацентарного ложа, последов при сопоставлении с течением послеоперационного периода показали, что имеется прямая связь морфологических изменений маточно-плацентарной ткани с течением послеоперационного периода. У родильниц с инфекционно-воспалительными осложнениями (метрорэндометрит, субинволюция матки) в послеоперационном периоде при исследовании эндометрия, миометрия и последа обнаружены воспалительные изменения, которые проявлялись серозно-гнойным эндометритом, очаговым метритом в области плацентарной площадки, париетальным и базальным децидуитом, суббазальным и субхориальным интервиллизитом, мембранитом, хориоамнионитом в частях последа. В то время в группе сравнения морфологических изменений воспалительного характера в маточно-плацентарной области и последа не наблюдалось.

Помимо этого в основной группе 10 (33,3±8,8%) случаях обнаружена неполная гестационная перестройка спиральных артерий в эндо и миометрии, в группе сравнения 6 (20,0±7,4%) случаях, ($p>0,05$). Это объясняет осложненное течение беременности гестозом, частым обострением урогенитальной инфекции и лежит в основе развития хронической фетоплацентарной недостаточности, которая в основной группе обнаружена в 15 (50,0±9,3%) случаях, в группе сравнения - в 10 (33,3±8,8%) случаях, ($p>0,05$). Выявленные изменения лежат в основе развития перинатальной патологии.

Полученные результаты необходимо учитывать для проведения профилактических и лечебных мероприятий во время беременности и проведения экстренной диагностики последов у пациенток группы высокого инфекционного риска, родоразрешенных операцией кесарево сечение.

Литература:

1. Мамедалиева Н.М., Белинская А.М., Бикташева Х.М., Абдрахманова Р.К., Белеуханова Г.Р., Кудебекова З.А. Статистический сборник "Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц; перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных по Рес-

публике Казахстан за 2004 год". // Алматы. - 2005. - С. 19-21.

2. Мамедалиева Н.М., Белинская А.М., Бикташева Х.М. Статистический сборник "Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц; перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных по Республике Казахстан за 2005 год". // Алматы. - 2006. - С. 26-27.

3. Кудайбергенов Т.К., Бикташева Х.М., Белинская А.М. Статистический сборник "Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц; перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных по Рес-

публике Казахстан за 2007 год". – Алматы, - 2008. - С. 24-25.

4. Краснополский В.И. (под ред). Кесарево сечение // М., Медицина. - 1997. - С. 137.

5. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии // Санкт-Петербург, СпецЛит. - 2005. - С. 152-153.

6. Чернуха Е.А. Родовой блок // Москва, Триада - Х. 2003. - С. - 666.

7. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение // Москва, Триада - Х. - 2004. - С. 170, 183.

Плацентарлы орын, бала жолдасы биоптаттары мен операциядан кейінгі ағым арасындағы біздің жүргізген салыстырмалы комплексті зерттеулеріміз жатыр-плацента улпасындағы морфологиялық өзгерістер мен операциядан кейінгі ағым арасындағы тікелей байланыс бар екеіні көрсетті. Босанған әйелдерде операциядан кейінгі кезеңде инфекциянды-қабынулық асқинулар эндометриде, миометриде, бала жолдасында қабынулық өзгерістер табылды: серозды-іріңді эндометрит, ошақтық метрит, плацентарлы орын аймағында париетальды және базальды децидуит, суббазальды және субхориальды интервиллезит, мембранит, хориоамнионит. Салыстырмалы топта жатыр-плацента аумағы және бала жолдасында қабыну сипатындағы морфологиялық өзгерістер байқалмады.

There is a direct link between morphological changes in uterine-placental tissue and the duration of the postoperative period. Women with infectious-inflammatory complications in the postoperative period acquired serous-pyo endometritis, focal metritis of placental site, parietal and basal decidua, subbasal and subchorial intervillitis, membranitis, chorioamnionitis in parts of placenta. We also observed incomplete gestational restructuring of the spiral arteries in the endo- and miometrium. In a comparison group, such inflammatory morphological changes were not found. This comparison helps explain complications during pregnancy and the development of chronic fetoplacental insufficiency. The inflammatory changes facilitate the development of perinatal pathologies and interfere with a newborn's ability to adapt in the neonatal period.

УДК 612.014.1:616-006.441

ПЕЙЕР ТАБАҚШАЛАРЫНЫҢ МИКРООРГАНИЗАЦИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМДАРЫНЫҢ ЖАСУШАЛЫҚ ҚҰРАМЫНЫҢ ХИМИЯЛЫҚ ӘСЕРЛЕРГЕ БАЙЛАНЫСТЫ ӨЗГЕРІСТЕРІ Қ.Е. Жарылқасынов

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қаласы

Кіріспе: Имундық жүйе мүшелерін әр түрлі тәжірибелік патологияларда зерттеу, олардағы өтетін құбылыстардың механизмі туралы зерттеулер морфология саласындағы өзекті мәселелерге жатады [1,2,3].

Адам және жануарлар ағзасында имундық жүйе зақымдаушы агенттерге тез жауап беретін ең сезімтал жүйе болып табылады. Қазіргі таңда адам ағзасына антигендік шабуыл барлық сыртқы және ішкі зақымдаушы факторлардың ішінде басым орын алып отыр. Ал, антигендік әсерден қорғануды имундық жүйе мүшелері қамтамасыз етеді.

Имундық жүйе мүшелері ішінде әсіресе сыртқы ортамен тікелей байланысқа түсетін, организмнің ашық жерлерінде (қуыс мүшелерде) орналасқан лимфоидты құрылымдар, сырттан түсетін антигендер әсеріне ерекше жауап береді. Осы орайда, жалпыға белгілі ас қорыту жүйесі адам ағзасына зиянды заттардың түсуінің ең негізгі жолы болып табылады.

Ас қорыту жолындағы лимфатикалық жолдар мен лимфоидты құрылымдардың қорғаныш механизмі жөнінде көптеген ғалымдар жеткілікті зерттеді.

Дегенмен, аш ішек бойындағы Пейер табақшаларының иммунологиялық қызметті бақылауда ерекше орын алатынына бірқатар зерттеушілер көңіл аударуда [4]. Себебі, организмдегі белсенді лимфоциттердің 60-70% лимфоидты табақшаларда орналасқандығы белгілі.

Ал, химиялық қосындылардың әсері кезіндегі болатын Пейер табақшаларындағы өзгерістерді сипаттайтын зерттеулер әлі де болса жеткіліксіз.

Мақсаты: Аш ішек бойындағы пейер табақшаларының жасушалық құрамын бихромат натрий әсерінен динамикада зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Тәжірибелік зерттеуге салмағы 200 – 250 грамм құрайтын 40 тексіз ер жынысты егеуқұйрықтар алынды. Егеуқұйрықтарға бихромат натрий бір ай бойы 10 ЗМШ (зиянсыз мөлшердегі шама) мөлшерінде күнделікті ішперде ішілік енгізілді. Тәжірибе барысында жануарлардың жалпы жағдайы бақыланды. Тәжірибенің 7-ші, 14-ші және 21-ші тәулігінде жануарларға декапитация жасалынып, аш ішегі ажыратылып алынды. Аш ішек бойындағы Пейер табақшалары жалпыға ортақ гистологиялық тәсілдермен; гематоксилин-эозин, азур II эозин, ван-Гизон әдістерімен боялды. Пейер табақшаларының функциональдық аймақтарының жасушалық құрамына талдау жасалынды.

Зерттеу нәтижелері мен оны талдау: Тәжірибелік топтағы жануарларда уланудың 7 тәулігінде Пейер табақшаларындағы лимфоидты түйіншіктің көбею орталығында аз дифференцияланған жасушалар бақылау тобымен салыстыранда 2,3 есе кеміген. Ал, деструктивті өзгерген жасушалар 2,1 есе артқан.

Уланудың осы кезеңінде Пейер табақшасының барлық функциональдық аймақтарында митоз

көрінісімен сипатталатын жасушалар анықталмайды. Осы анықталған өзгерістер (митоздың, жасушалардың жас түрлерінің, үлкен лимфоциттердің болмауы) тәжірибенің 7 тәулігінде пейер табақшасында лимфоцитопоздың төмендегенін сипаттайды. Осыған қоса, лимфоидты түйіншіктердің күмбезінде плазмациттердің 4,3 есе артқаны көрініс берді.

Бихромат натрийды ішперде ішілік енгізгенде, уланудың 14 тәулігінде кіші және орташа лимфоциттердің құрамы тәжірибе барысында бақылау тобымен салыстырғанда көп. Жасушалардың пролиферативтік белсенділігі уланудың осы кезеңінде лимфоидты түйіншіктің тек көбею орталығында ғана анықталды (0,37%). Плазмациттер құрамы лимфоидты түйіншіктің күмбезінде басым, ал түйінше аралық аймақта аз кездеседі. Плазмациттер көбею орталығында және күмбезде аз кездеседі (0,7-0,9%). Лимфоидты түйіншік күмбезінде табақшаның басқа құрылымдық бөлімдерімен салыстырғанда макрофагтар көп жинақталған.

Жасушалардың деструкцияға ұшыраған түрлерінің ең көп кездескен жері Пейер табақшасының түйіншік аралық аймағында, бақылау тобымен салыстырғанда саны 3,1 есе артқан.

Уланудың 14 тәулігінде пейер табақшасының түйіншік аралық аймағы басқа функциональдық бөлімдерімен салыстырғанда реактивті аймақ болып отыр. Осы аймақта кіші лимфоциттер, жетілген плазмациттер құрамы жоғары. Дегенмен, түйіншік аралық аймақта деструкцияға ұшыраған және бұзылған жасушалар саны бақылау тобынан, уланудың 7 тәулігіндегі көрсеткіштермен салыстырғанда да шынайы артқан.

Бихромат натриймен уланудың осы кезеңінде Пейер табақшасының көбею орталығында уланудың 7 тәулігімен салыстырғанда лимфоцитопоз қалыптаса бастаған, себебі аз да болса митоз көрінісі анықталып отыр. Дегенмен, бақылау тобымен салыстырғанда митоз уланудың 14 тәулігінде 9,0 есе төмендеген. Аз дифференцияланған жасушалар бақылау тобымен салыстырғанда 2,1 есе, уланудың 7 тәулігімен салыстырғанда 1,8 есе кеміген.

Уланудың 21 тәулігінде Пейер табақшасы ішектің сілемейлі қабатынан көтерілмей орналасқан. Көбею орталығында аз дифференцияланған жасушалар саны бақылау тобымен салыстырғанда 1,58 есе төмендеген.

Сонымен қатар, деструктивті өзгерген жасушалар мен макрофагтар бақылау тобымен салыстырғанда 2,1 және 2,7 есе сәйкес артқан. Митоз көрінісі 7 тәуліктегі көрсеткішке жақындаған. Түйіншік аралық аймақта посткапиллярлық венулалар қуысы босаған, жасушалар тығыздығы азайған.

Қорытынды: Бихромат натрийды ішперде ішілік енгізгенде аш ішек бойындағы Пейер табақшалары жоғарғы сезімталдықпен жауап береді. Лимфоидты қатар жасушаларының уланудың барлық кезеңдерінде динамикалық төмендеуі, деструкцияға ұшыраған жасушалардың көбеюі қорғаныш жауабының төмендегенін білдіреді. Көптеген зерттеушілердің пікірі бойынша Пейер табақшалары тек жасушалық иммунитетке жауап беретіндігін айтса, ал кейбір авторлар соған қоса гуморальдық иммунитетке де жауап береді деген пікірде [5,6]. Біздің зерттеуімізде анықталған плазмациттердің аз да болса сақталуы, иммундық жауаптың ішінде гуморальдық иммунитеттің қалыптасатындығын көрсетеді.

Әдебиеттер:

1. Давронов Р.Д., Давронова Ш.Р. Структурно-функциональные особенности адаптивных изменений органов системы иммунитета при антигенном воздействии // Морфология. Материалы докладов IX конгресс МАМ. – 2008. – Т. 133, №2. – С. 38.
2. Takahashi I, Kiyono H. Gut as the largest immunologic tissues // Parenteral Enteral Nutr. – 1999. – №23(Suppl 5). – P. 7-12.
3. Шафеев М.Ш. Воздействие некоторых средовых факторов на иммунологический статус: автореф. ... докт. мед. наук.: 14.00.30., 14.00.07. – О.: КГМУ. – 1999. – 43с.
4. Пугач П.В., Карелина Н.Р., Круглов С.В., Чуйков С.А. Реакция лимфоидных бляшек тонкой кишки крыс на пренатальное воздействие алкоголя // Морфология. Материалы докладов IX конгресс МАМ. – 2008. – Т.133, №2. – С.110.
5. Ogra P.L., Mestecky J., Lamm M.E. Handbook of mucosal immunology. San Diego, Academic Press. – 1998. –P. 123.
6. Neutra M.R. Current concept in mucosal immunity. Role of M cells in transepithelial transport of antigens and pathogens to the mucosal immune system. // AJP. – 1998. - № 274 (5). – P.785-791.

Изменения клеточного состава микроорганизации пейеровых бляшек при химических воздействиях

К.Е. Жарылкасынов

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актөбе

При введении бихромата натрия внутрибрюшинным методом отмечено резкое уменьшение количества клеток лимфоидного ряда в структуре пейеровых бляшек. При этом наблюдается сохранность количества и качества плазматических клеток, что обуславливает интактность гуморального ответа иммунной системы кишечника.

Changes of cellular structure of the microorganization peyers plaques at chemical influences

K.E. Zharilkasinov

West Kazakhstan state medical university after Marat Ospanov

At introduction of bichromate of sodium intraperitoneal the method notes sharp reduction of quantity of lymphoid cages a number in structure Peyers plaques. Safety of quantity of plasmatic cages that causes intaction the humoral answer of immune system of intestines is thus observed.

УДК 616.36-005.4

АНЕМИИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Л.Г. Тургунова

Медицинский университет, кафедра внутренних болезней №2, Караганда

Актуальность. Среди гематологических синдромов, с которыми встречается врач в повседневной практике, анемический синдром является одним из наиболее частых и встречается у 10-20% населения [3]. Несмотря на общепринятые критерии различных патогенетических вариантов анемий, сохраняются трудности установления причины анемического синдрома при первичном обращении [1]. Об этом свидетельствует довольно часто фигурирующий при направлении больного в стационар такой диагноз как «анемия неясного генеза». Причиной такого направительного диагноза является, с одной стороны, невозможность достаточного обследования пациентов с этой патологией в условиях поликлиники, связанная с тяжестью состояния пациентов, отсутствие специализированных методов обследования и, с другой — широким спектром заболеваний, являющихся причиной анемического синдрома, недостаточной информированностью врачей общей практики о редких видах анемий, сложным генезом развития этой патологии. В определенной степени недостаточная, несвоевременная выявляемость анемий связана с их малосимптомным, латентным течением, маскирующим наличие других заболеваний. Представляет интерес изучение результатов диагностического поиска причин анемий неясного генеза с учетом клинко-лабораторной картины и результатов обследования, проведенных в условиях специализированного отделения.

Таким образом, целью исследования было изучить структуру и диагностические возможности верификации варианта анемий среди пациентов, госпитализированных в гематологическое отделение с направительным диагнозом «анемия неясного генеза».

Материал и методы. Были проанализированы истории болезни 82 пациентов, находившихся на лечении в гематологическом отделении Областной клинической больницы г. Караганды. Из них мужчин-44, женщин-38; средний возраст составил 62,7±16,4 лет. У всех пациен-

тов был проведен скрининг по ведущему синдрому, который наряду с общеклиническими методами включал исследование ретикулоцитов, гормонов щитовидной железы, уровня сывороточного железа, тесты на гемолиз, исследование костного мозга, эндоскопические, лучевые методы диагностики.

Результаты исследования и обсуждение. Результаты исследования показали, что в структуре больных с анемиями пациенты с анемией неясного генеза составили 21,5%. Большая часть этих пациентов (92,7%) была госпитализирована в экстренном порядке с анемией тяжелой степени (средний уровень гемоглобина составил 54,7±14,9 г/л); среди пациентов преобладали жители города - 86,6%. Анализ структуры клинических диагнозов после обследования показал, что среди анемий неясного генеза лидирующие места занимали железodefицитная анемия (ЖДА), В₁₂-дефицитная анемия (В₁₂-ДА) и полидефицитная анемия (чаще сочетание дефицита железа и витамина В₁₂). Обращает внимание, что в 12% случаев причиной анемии была впервые выявленная злокачественная опухоль различной локализации (опухоль брюшинного пространства, сигмовидной кишки, слепой кишки, желудка, предстательной железы). В группу «других анемий» вошли 2 пациента с лимфопролиферативным заболеванием (лимфома, болезнь Вальденстрема). Достаточно большой процент пациентов с ЖДА, наличие пациентов с паранеопластической, нефрогенной анемиями в структуре анемий неясного генеза на этапе поступления в стационар в значительной степени свидетельствует об имеющихся дефектах обследования больных на этапе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), о позднем обращении пациентов, затрудняющем их обследование. Так, эндоскопические методы проведены у 28% пациентов, уровень сывороточного железа определен у 58,5%; более 1/3 пациентов имели при поступлении только показатели гемограммы.

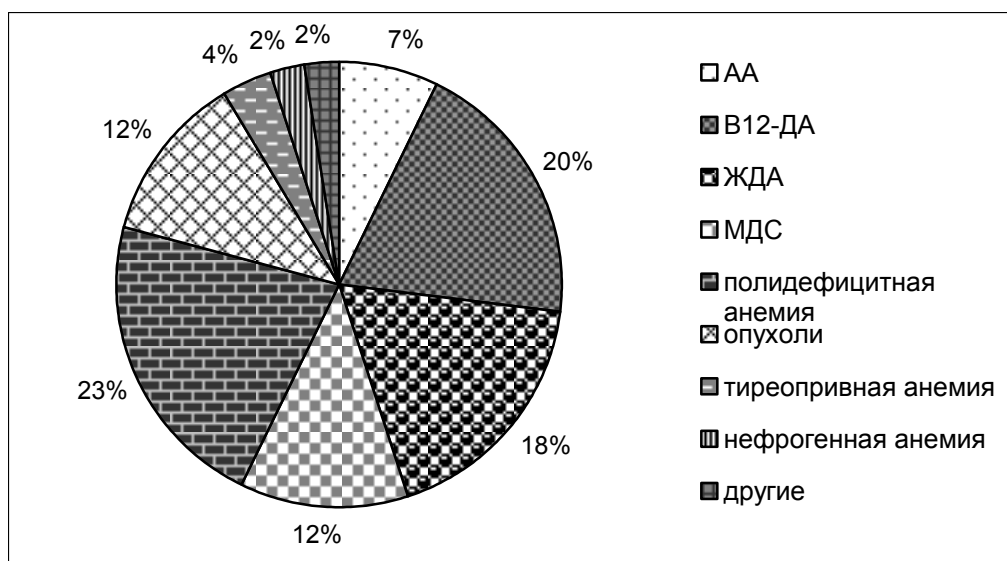


Рисунок 1. Структура анемического синдрома неясного генеза (AA-апластическая анемия, МДС-миелодиспластический синдром)

При анализе клинко-лабораторных показателей установлено, что ЖДА страдали лица преимущественно молодого и среднего возраста (49,2±10,5 лет), В₁₂-

дефицитной анемией- лица старше 70 лет (средний возраст составил 73,4±6,35 лет), в остальных группах пациентов средний возраст 64% больных колебался в преде-

лах от 50 до 70 лет ($63,8 \pm 14,3$ лет). По частоте встречаемости клинических симптомов у 100% пациентов независимо от генеза анемии отмечались жалобы на общую слабость, следующим по частоте симптомом было снижение веса ($67,1\%$ пациентов), наиболее редко отмечалось наличие спленомегалии ($7,3\%$). Несмотря на различную частоту встречаемости большинства клинических симптомов в разных группах больных, достоверных различий в частоте геморрагического синдрома, лихорадки, спленомегалии, лимфоаденопатии не выявлено. Наличие жалоб на парастезии, отмеченное у 75% паци-

ентов с В12-дефицитной анемией, по сравнению с другими группами пациентов, имело достоверный характер ($\chi^2=8,39$; $p<0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что в клинической практике генез анемии сложно определить, опираясь на данные клинической картины вследствие редкости патогномичных клинических симптомов. Возможно, определенную роль играет преобладание среди обследуемых лиц пожилого возраста полиморбидный фон, который влияет на клиническую симптоматику заболевания, явившегося причиной развития анемического синдрома.

Таблица 1- Показатели крови при обследовании пациентов, госпитализированных с анемией неясного генеза

Причины анемии	Hb (г/л)	Эритроциты ($10^{12}/л$)	СОЭ (мм/ч)	ЦП	Тромбоциты ($10^{12}/л$)	Лейкоциты ($10^{12}/л$)	Сывороточное Fe (мкмоль/л)
АА	$64,6 \pm 2,3$	$2,43 \pm 0,32$	$51,6 \pm 24,5$	$0,75 \pm 0,01$	$39,33 \pm 7,51$	$1,70 \pm 0,36$	$18,1 \pm 4,22$
В12-ДА	$52,2 \pm 11,6$	$1,71 \pm 0,81$	$36,6 \pm 19,7$	$0,90 \pm 0,04$	$116,1 \pm 24,9$	$3,82 \pm 1,81$	$14,5 \pm 3,33$
ЖДА	$57,1 \pm 17,2$	$2,45 \pm 0,69$	$25,8 \pm 19,7$	$0,72 \pm 0,04$	$283,2 \pm 94,9$	$6,64 \pm 1,81$	$8,9 \pm 2,67$
МДС	$45,6 \pm 8,3$	$1,97 \pm 0,55$	$43,2 \pm 32,9$	$0,70 \pm 0,09$	$138,7 \pm 42,8$	$5,26 \pm 0,67$	$9,80 \pm 3,39$
Полидефицитные анемии	$48,9 \pm 13,1$	$2,01 \pm 0,54$	$33 \pm 24,1$	$0,67 \pm 0,07$	$180,5 \pm 81,9$	$4,13 \pm 2,72$	$12,7 \pm 3,22$
Опухоли	$56,2 \pm 20,4$	$2,12 \pm 0,69$	$27,4 \pm 23,6$	$0,74 \pm 0,05$	$256,9 \pm 74,1$	$5,68 \pm 3,50$	$11,1 \pm 2,37$

Примечание: Hb-гемоглобин, СОЭ- скорость оседания эритроцитов, ЦП-цветовой показатель

Показатели крови имели определенные особенности в зависимости от генеза анемии, которые учитывались при верификации диагноза: трехростковая панцитопения при В12-дефицитной и АА, при этом степень уменьшения лейкоцитов и тромбоцитов носила более выраженный характер при АА и сочеталась с высокой СОЭ. Гипохромный характер анемии, характерный для ЖДА, отмечался при большинстве анемий, за исключением В12-дефицитной анемии. Необходимо отметить, что максимальное значение ЦП при В12-ДА было равно 1,05 (у 1 пациента); у остальных пациентов ЦП колебался в пределах 0,8- 0,9. Мы не обнаружили характерного для В12-ДА гиперхромного характера анемического синдрома. Несмотря на значение клинических данных, показателей гемограммы решающее значение для постановки диагноза ЖДА было снижение содержания сывороточного железа, наличие мегалобластного типа кроветворения при В12-ДА, признаков костномозговой недостаточности при АА, рефрактерного характера анемии в сочетании с признаками дисплазии клеток эритроцитарного, гранулоцитарного и мегакариоцитарного ростков, наличие бластов в крови или в костном мозге (до 20%) - при МДС, морфологического подтверждения опухоли - при паранеопластической анемии.

Мы проанализировали степень достоверности диагноза в каждой группе пациентов. В группе пациентов с ЖДА у 88,9% больных диагноз носил определенный характер (уровень сывороточного железа колебался от 3,4 до 9,8 мкмоль/л); у 1 пациентки показатели железа были в пределах нормы (пациентка на амбулаторном этапе начала принимать препараты железа). В группе пациентов с В12-ДА мегалобластный тип кроветворения выявлен у 90% больных, за исключением 1 пациентки 88 лет (при обследовании онкологического заболевания не обнаружено, с учетом признаков поражения нервной системы, трехростковой цитопении в крови и положительного ответа на терапию витамином В12 поставлен диагноз В12-ДА, несмотря на неинформативность аспирации костного мозга). Диагноз АА и паранеопластической анемии в 100% случаев был подтвержден наличием ги-

поплазии/ аплазии при гистологическом исследовании костного мозга и обнаружением опухоли различной локализации при обследовании соответственно. Все пациенты с паранеопластической анемией после выявления опухоли с целью дальнейшего дообследования и лечения были переведены в областной онкологический диспансер. Наиболее сложной верификация диагноза была при МДС и в группе с полидефицитной анемией. Признаки диспоза кроветворения были выявлены в 40% случаев МДС, у остальных пациентов аспирация костного мозга была неинформативной. Диагноз устанавливался на основании комплекса клинических данных, анамнеза заболевания и показателей гемограммы. В группе пациентов с полидефицитной анемией снижение сывороточного железа и мегалобластный тип кроветворения обнаружены у 60% пациентов; в остальных случаях диагноз полидефицитной анемии носил вероятный характер. Необходимо отметить, что 3 из этих пациентов были в возрасте старше 73-82 лет, имели сопутствующую ишемическую болезнь сердца, в связи с чем проведение полного объема обследования было ограничено. В целом, анализ достоверности диагнозов показал, что 20,9% случаев, несмотря на проведенный объем обследований, верификация заключительного диагноза при синдроме анемии неясного генеза требует дополнительного обследования, включающего применение таких методов как определение ферритина крови, уровня витамина В12, проведение цитогенетического исследования [2, 4].

Таким образом, результаты исследования показали, что структура анемического синдрома неясного генеза и степень верификации диагноза в значительной степени определяются полнотой обследования на уровне ПМСП при своевременном обращении пациентов за медицинской помощью и уровнем специализированной гематологической службы.

Выводы.

1. В структуре больных с анемиями, находящимися на стационарном лечении, анемии неясного генеза составили 21,5%. Лидирующее место среди анемий неясного генеза занимали ЖДА, В12-дефицитная анемии и по-

лидефицитные анемии; у 12% пациентов причиной анемического синдрома были впервые выявленные опухоли различных локализаций.

2. Редкость достоверных различий в частоте клинических симптомов при различных видах анемий подчеркивает значение дополнительных методов обследования при верификации генеза анемического синдрома. В 20,9% случаев верификация диагноза на стационарном этапе при синдроме анемии неясного генеза носит вероятный характер.

3. Важными аспектами, направленными на улучшение диагностики анемического синдрома, являются выполнение стандарта обследования пациентов на этапе ПМСП, способствующим уменьшению процента пациентов с анемией неясного генеза при поступлении в стац

онар, в первую очередь за счет улучшения диагностики ЖДА и расширение объема специализированных методов обследования на стационарном этапе.

Литература.

1. Богданов А.Н., Новик А.А. Диагностика и дифференциальная диагностика анемий//Вестник гемат.-2005.-т.1, №4.-С.63-70
2. Гематология:руководство для врачей/под. Ред. Н.Н. Мамаева, С.И. Рябова.-Спб.:СпецЛит, 2008.-С.113-123
3. Руководство по гематологии.-3-е изд./под. ред. А.И. Воробьева.-М.:Ньюдиамед, 2005.-С. 148-350
4. Mufli G., List A.F., Gore S.D., Ho A.Y. Myelodysplastic syndromes//Hematology.-2003.-P.176-194

Стационарлық кезеңдегі генезі белгісіз анемиялар

Л.Г. Тұрғынова

Медициналық университет, №2 ішкі аурулар кафедрасы, Қарағанды

82 ауру тарихын талдағанда генезі анемиялардың арасында бірінші орынды ТЖА (18%), В₁₂-жеткіліксіздік анемиясы (20%) және полидефицитті анемиялар (21%) кұрады. 20,9% жағдайда стационарлық кезеңде қорытынды диагноз қою үшін арнайы зерттеулер әдістері қажет.

Anaemias with obscure genesis on a hospital stage

L.G. Turgunova

Medical University, internal diseases department №2, Karaganda

Analysis of 82 medical reports showed that the leading position among all anaemias with obscure genesis belongs to siderotic (iron-deficiency) anaemias (18%), B₁₂-deficiency anaemias (20%), and polydeficient anaemias (21%). Final diagnosis verification on a hospital stage needs a scope extension of examinations' specialized methods.

УДК 616.127-005.8:616-008.9

ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ЖЕНЩИН С МЕЛКОЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Г.Д. Абилямажинова

Государственный медицинский университет г. Семей

Введение: значительное число женщин с нестабильной стенокардией или острым инфарктом миокарда (ИМ) без подъема сегмента ST и без значительного поражения коронарных артерий свидетельствует о высокой частоте микрососудистой эндотелиальной дисфункции и нестенозирующего атеросклероза [1].

Гормональные изменения приводят к нарушениям липидного обмена атерогенного характера – достоверному повышению содержания в крови общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГЛ) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) при снижении липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) [2]. На протяжении всей жизни у женщин уровни ХС ЛПВП на 5–10 мг/дл выше, чем у мужчин [3]. Содержание ХС ЛПНП и ТГЛ у женщин начинает увеличиваться после наступления менопаузы и превышает таковой у мужчин после 65-летнего возраста [4]. Для женщин старше 65 лет дислипидемия может также представлять большую степень риска, чем для мужчин. Высокое содержание ТГЛ и низкие уровни ХС ЛПВП четко коррелируют с развитием ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин [5]. Уменьшение содержания ХС ЛПВП ниже 1,25 ммоль/л у мужчин и 1,0 ммоль/л у женщин является признаком, достоверно наиболее четко связанным с увеличением частоты внезапной коронарной смерти. Высокий уровень ТГЛ может косвенно способствовать прогрессированию атеросклероза, снижая ХС ЛПВП и провоцируя увеличение ХС ЛПНП [6,7], что частично объясняет повышение ХС ЛПНП у женщин после менопаузы. Повышенный уровень ХС ЛПНП у женщин в меньшей степени, чем у

мужчин, оказывает влияние на развитие ИБС [4]. И наоборот, высокое содержание триглицеридов оказывает большее влияние на формирование ИБС у женщин, чем у мужчин.

Существуют интересные эпидемиологические данные о том, что воспалительный процесс, связанный с образованием бляшки, может различаться у женщин и мужчин. Уровень С-реактивного белка (СРБ) у женщин в случае развития ИБС был немного выше, чем у мужчин, а абсолютный риск, связанный с повышением СРБ, – больше, чем отмечаемый в ранее проведенных исследованиях у мужчин. Во время недавних клинических исследований по гормональной заместительной терапии было показано, что уровень СРБ, по-видимому, повышается при увеличенном содержании эстрогенов. Эти результаты подтверждают мнение, что эстрогены могут изменять стабильность бляшки посредством оказания влияния на механизмы воспаления. Этот вывод подтверждается сообщениями о том, что в случаях внезапной сердечной смерти среди женщин атеросклеротические бляшки эрозированы в большей степени, чем у мужчин [8].

Целью исследования явилось: коррекция дислипидемии у женщин с мелкоочаговым инфарктом миокарда.

Материал и методы: в исследование включены 118 пациенток с мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ - без подъема сегмента ST) и наличием менопаузального синдрома, средний возраст обследуемых составил 55,6±0,4 года. Контрольную группу составили 55 практически здоровых лиц, адекватных по полу и возрасту

основной группе. Обследованные были разделены на две группы – группу сравнения (n=60), получавших базисную терапию, и группу коррекции (n=58).

В данной работе произведен анализ эффективности препарата из группы фенофибратов липидекса СР (Нобель, Республика Казахстан). Назначение препарата осуществлялось также на фоне применения базисной терапии, включавшей антиагрегант (аспирин), антикоагулянты (гепарин), антиангинальные препараты (нитраты внутривенно, рег ос пролонгированного – нитросорбид, оликард и короткого действия в соответствии с клиническими показаниями), а так же применением препаратов из группы ингибиторов ангиотензин превращающего фермента.

Липидекс СР назначался, начиная с 1-3 дня пребывания в стационаре, в начальной дозе 250 мг 1 раз в

сутки. Продолжительность лечения у всех больных составила от 2 до 4 месяцев.

Определялись показатели липидного спектра: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГЛ стандартными методиками. Так же проводилось определение содержания в крови цитокинов: ФНО α , IL-2, IL-2 методом иммуноферментного анализа с применением реактивов ИФА Бест-тест. Исследование вышеуказанных параметров проводилось при поступлении пациенток в стационар, на 14-е сутки и через 4 месяца от начала проведенной терапии.

Результаты и обсуждение. В таблице 1 представлены данные, характеризующие содержание холестерина и триглицеридов в крови у обследованных больных при поступлении в стационар.

Таблица 1 - Показатели содержания холестерина и триглицеридов в крови у больных МИМ

Показатель	Контрольная группа, n=55	Больные МИМ, n=118
ОХС, мм/л	3,95 \pm 0,23	5,72 \pm 0,40*
ХС ЛПНП, мм/л	2,31 \pm 0,14	4,15 \pm 0,29**
ХС ЛПВП, мм/л	1,47 \pm 0,09	1,11 \pm 0,08*
Соотн. ХС ЛПНП/ ЛПВП	1,57 \pm 0,09	3,74 \pm 0,26**
ТГЛ мм/л	2,18 \pm 0,13	5,06 \pm 0,36**
Примечание - * - различия с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01		

Как следует из представленных в таблице 1 данных, у всех пациенток с МИМ наблюдались достоверные нарушения исследованных показателей липидного обмена. Данные показатели были значительно повышены. Так, степень превышения содержания общего холестерина составила 44,8% (p<0,05), холестерина ЛПНП – 79,7% (p<0,01). В то же время, величина ХС ЛПВП была достоверно снижена на 24,5% (p<0,05), что в сумме давало резкое (на 137,9%, p<0,01) увеличение соотношения ХС ЛПНП/ЛПВП.

Величина содержания триглицеридов превышала контрольный уровень на 132,1% (p<0,01).

Эффективность применения препарата из группы фенофибратов липидекса СР также оценивалась также путем определения его плеотропных эффектов – опосредованного влияния на процессы воспаления, которые, по мнению некоторых авторов (Entman M.L., Smith W.C., 1999), происходят при атеросклерозе.

В таблице 2 показаны данные, характеризующие содержание некоторых цитокинов в крови у обследованных больных МИМ при поступлении.

Таблица 2 - Содержание интерлейкинов в крови у больных МИМ

Показатель	Контрольная группа, n=55	Больные МИМ, n=118
ФНО α , пг/мл	27,7 \pm 1,6	40,5 \pm 2,9*
IL-2, пг/мл	16,5 \pm 1,0	27,7 \pm 2,0**
IL-10, пг/мл	11,9 \pm 0,7	9,8 \pm 0,6*
Примечание - * - различия с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01		

При анализе содержания ФНО α в крови было выявлено его превышение над контрольной группой, достигающее 46,2% (p<0,05). Концентрация IL-2 в группе обследованных больных также была достоверно повышена, причем различия с контролем достигли 67,9% (p<0,01). Напротив, величина содержания одного из наиболее важных цитокинов, обладающих противовоспалительной

активностью – IL-10, была умеренно, но достоверно снижена (на 17,6%, p<0,05).

Динамика содержания в крови обследованных больных холестерина и триглицеридов представлена в таблицах 3-4.

Таблица 3 - Динамика содержания холестерина и триглицеридов в крови у больных МИМ (при выписке из стационара)

Показатель	Контрольная группа, n=55	Группа сравнения, n=60		Группа коррекции, n=58	
		исход	14 сут.	Исход	14 сут.
ОХС мм/л	3,95 \pm 0,23	5,66 \pm 0,37*	5,38 \pm 0,55*	5,96 \pm 0,50*	5,21 \pm 0,45*
ХС ЛПНП	2,31 \pm 0,14	4,31 \pm 0,28**	4,18 \pm 0,56*	4,41 \pm 0,48*	3,68 \pm 0,40*
ХС ЛПВП	1,47 \pm 0,09	1,16 \pm 0,08*	1,19 \pm 0,07*	1,18 \pm 0,06*	1,28 \pm 0,06
ХС ЛПНП / ЛПВП	1,57 \pm 0,09	3,72 \pm 0,24**	3,51 \pm 0,59*	3,74 \pm 0,48*	2,88 \pm 0,36*
ТГЛ мм/л	2,18 \pm 0,13	4,49 \pm 0,29**	4,27 \pm 0,63*	5,27 \pm 0,61*	3,06 \pm 0,41*#
Примечания: * - различия показателя с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01 # - различия показателя с исходным уровнем достоверны, p<0,05					

Содержание общего холестерина у больных МИМ в обеих группах было повышенным относительно кон-

троля, а тенденция к его снижению, выявленная в группе коррекции – недостоверной.

Достоверные изменения у больных данной категории отмечались при анализе содержания холестерина липопротеидных фракций. Так, в срок 4 месяца уровень ХС ЛПНП при проведении разработанной терапии с применением липидекса был достоверно ниже как исходного среднего значения (на 30,6%), так и показателя группы сравнения (на 30,3%, $p < 0,05$ в обоих случаях). Не было достоверных различий в этот срок по содержанию ХС

ЛПВП. При этом в группе пациентов, применявших липидекс, отмечалось повышение показателя на 22,0% по отношению к исходу ($p < 0,05$). Соотношение холестеринных фракций ЛПНП и ЛПВП в группе сравнения достоверно не изменялось, а при проведении коррекции в срок 4 месяца уменьшилось на 43,1% ($p < 0,05$) и было ниже соответствующего показателя традиционной терапии на 38,8% ($p < 0,05$)

Таблица 4 - Динамика содержания холестерина и триглицеридов в крови у больных МИМ (через 4 месяца)

Показатель	Контрольная группа, n=55	Группа сравнения, n=60		Группа коррекции, n=58	
		исход	4 мес.	исход	4 мес.
ОХС мм/л	3,95±0,23	5,66±0,37*	5,71±0,50*	5,96±0,50*	4,87±0,37*
ХС ЛПНП	2,31±0,14	4,31±0,28**	4,40±0,51*	4,41±0,48*	3,06±0,27*#&
ХС ЛПВП	1,47±0,09	1,16±0,08*	1,26±0,07	1,18±0,06*	1,44±0,07#
ХС ЛПНП / ЛПВП	1,57±0,09	3,72±0,24**	3,49±0,50*	3,74±0,48*	2,13±0,22*#&
ТГЛ мм/л	2,18±0,13	4,49±0,29**	4,40±0,55*	5,27±0,61*	2,47±0,22*#&

Примечания: * - различия показателя с контрольной группой достоверны, $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$
 # - различия показателя с исходным уровнем достоверны, $p < 0,05$
 & - различия показателя между группами достоверны, $p < 0,05$

На рисунке 1 показаны данные о динамике содержания исследованных интерлейкинов. В группе сравнения на всём протяжении исследования имело место превышение уровня ФНО над показателем контрольной группы, при этом самые высокие значения были зарегистрированы через 14 суток. Аналогично, достоверными были и различия по концентрации обоих исследованных интерлейкинов: превышение – IL-2 и снижение – IL-10, причем концентрация последнего имела также и динамику к уменьшению. В группе коррекции с применением липидекса, уже в срок 14 суток содержание ФНО

достоверно снизилось на 19,0% ($p < 0,05$) и не имело достоверных различий с контролем.

Через 4 месяца данная величина не имела существенных изменений. По содержанию IL-2 через 14 суток отмечалась только тенденция к снижению, зато в срок 4 месяца различия с группой сравнения оказались достоверными, составившие 31,6% ($p < 0,05$).

Тенденция к росту содержания IL-10 в крови дала отсутствие достоверных различий с контролем в срок 4 месяца и наличие минимально достоверного превышения над показателем группы сравнения.

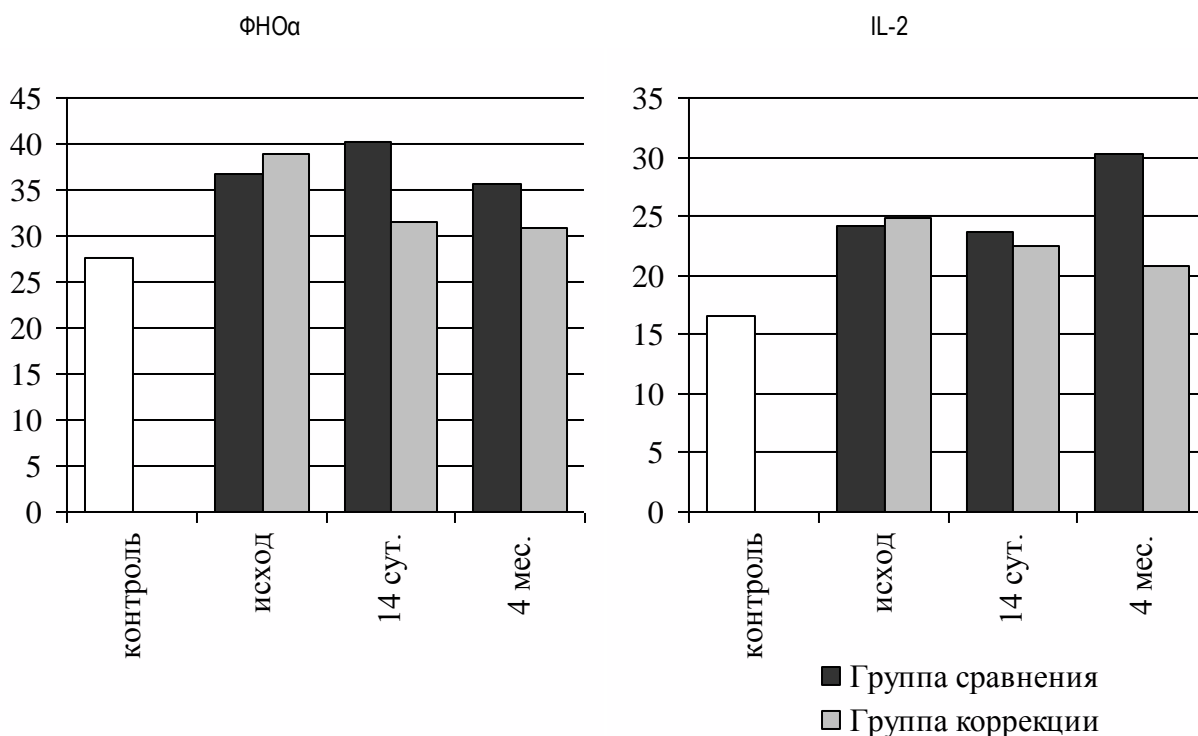


Рисунок 1 - Динамика содержания ФНО и IL-2 у больных с МИМ в ходе лечения

Таким образом, достоверная эффективность липидекса СР в отношении показателей липидного обмена (общий холестерин, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, триглицериды) зарегистрирована уже на 14-15 сутки терапии.

Выводы: к показателям к назначению липидекса СР с начала терапии МИМ мы относим: 1) высокое содержание в крови триглицеридов и холестерина;

2) повышенный уровень провоспалительных цитокинов.

Использование липидекса СР на амбулаторном этапе особо рекомендуется при наличии следующих особенностей течения ИБС: 1) высокая триглицерид- и холестеринемия; 2) большая частота «обострений» ИБС (в виде развития нестабильной стенокардии и мелкоочагового инфаркта миокарда) в анамнезе.

Литература:

1. Al-Khalili F., Svane B., Di Mario C. et al. Intracoronary ultrasound measurements in women with myocardial infarction without significant coronary lesions // *Coronary Artery Dis.* 2006.-11: P. 579–584.
2. Кудряшова О.Ю., Затейщиков Д.А., Сидоренко Б.А. Возможная роль эстрогенов в профилактике и лечении атеросклероза у женщин после наступления менопаузы // *Кардиология.* 1998. № 4. С. 51–61.
3. Bass K., Newschaffer C., Klag M., Bush T. Plasma lipoprotein levels as predictors of cardiovascular death in women // *Arch Intern Med.* 2003.- 153: P. 2209–2216.
4. Wenger N.K. Women, myocardial infarction, and coronary revascularization: concordant and discordant clinical trial and registry data // *Cardiol Rev.* 1999.- 7: P. 117–120.
5. Elsaesser A., Hamm C. Acute coronary syndrome: the risk of being female // *Circulation.* 2004.- 109: P. 565–567.
6. LaRosa J.C. Lipids. In: Douglas P.S, ed. *Cardiovascular Health and Disease in Women*. 2nd ed. New York: WB Saunders; 2002: P. 24–37.
7. Herrington D., Reboussin D., Brosnihan B., et al. Effects of estrogen replacement on the progression of coronary artery atherosclerosis // *N Eng J Med.* 2000; 343: 522–529.
8. Rossi M.L., Merlini P.A., Ardissino D. Percutaneous coronary revascularisation in women // *Thromb Res.* 2001.- 103: P. 105–111.

Ұсақ ошақтық миокард инфарктімен әйелдерде дислипидемияны коррекциялау сұрақтары**Г.Д. Әбілмәжинова****Семей қ. Мемлекеттік медициналық университеті, Семей қ.**

Соңғы уақытта қабыну үрдісі атеросклероз патогенезіне белгілі үлес қосады деп есептелінеді. Мақала авторымен ұсақ ошақтық миокард инфарктімен және дислипидемиямен науқас әйелдерде фенофибрат – липидекс қолданумен зерттеу өткізілді. Қабыну медиатор белсенділігінің маңызды төмендеуі анықталды.

The items of the dislipidemy correction in women with little infarct myocard.**G.D. Abilmazhinova****Medical State University of Semei, Semei city**

The last years it is considered that pathogenesis of the atherosclerosis has a great role in the process of inflammation. The authors of the article have made the investigation with changes phenophybrate – lipidex in patients with little infarct myocard and dislipidemy. There was defined lowering of the mediators activity of the inflammation.

УДК 612.172.2: 616-003.96

КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЙОНА ПАДЕНИЯ ОТДЕЛЯЮЩИХСЯ ЧАСТЕЙ РАКЕТОНОСИТЕЛЯ «ПРОТОН-М» НА ТЕРРИТОРИИ КУРЧУМСКОГО РАЙОНА**А.К. Мукажанова****Восточно-Казахстанский филиал Национального центра гигиены труда и профессиональных заболеваний, г. Усть-Каменогорск**

Современные негативные тенденции в изменении показателей здоровья Республики Казахстан и состояния среды обитания человека ставят научную проблему «окружающая среда – здоровье человек» в разряд приоритетных задач государственной политики. Решение этой проблемы невозможно без учета социально-экономических факторов, в том числе и всего диапазона воздействия. [1]

Реализация принципов профилактической медицины в сфере медико-экологического сопровождения ракетно-космической деятельности (РКД) предполагает осуществление работ по наблюдению, оценке и прогнозированию здоровья человека, подверженного воздействию РКД. В основе стратегии охраны здоровья населения лежит понимание возможных неблагоприятных факторов, которые имеют место при осуществлении РКД [2,3]

Цель работы был социально-гигиенический мониторинг территорий и здоровья населения Курчумского района Восточно-Казахстанской области (ВКО) проживающих в районах падения ракетноносителя «Протон-М» с обоснованием системы мер регионального экологического мониторинга.

Материалы и методы:

Была произведена оценка среды обитания населения, проживающего на территории района падения и сопредельной территории. В 5 селах (Акчий, Аманат, Калжир, Кункей-Богенбай, Такыр) были проведены следующие исследования

- гигиеническая оценка воды (водоемов, колодезной, подземных скважин) на содержание металлов и бактериальное загрязнение и почвы на содержание металлов

- социально-климатические характеристики района по данным экологической, метеорологической служб области.

- выкопировка данных амбулаторных карт и статистическая информация о состоянии здоровья населения за 2007-2009г

Собран статистический материал о заболеваемости населения Курчумского района. Изучено около 1,5 тысяч амбулаторных карт жителей в медицинских учреждениях населенных пунктов. (Каратагай, Игилик, Такыр, Буран, Шенгельды, Акчий).

Получена информация по заболеваемости населения единовременной ретроспективной выкопировки с амбулаторных карт за 2005-2008г.

Статистические сведения смертности получены по выкопировке данных из действующих систем статистической отчетности (статистические сборники по ВКО).

Результаты и их обсуждение: Курчумский район расположен в центральной части Восточно-Казахстанской области. Территория района составляет 23,2 тыс. кв. км. Населенных пунктов 61, в составе административного района 12 сельских округов. Плотность населения 1,68 человека на 1 кв. км. Занимает переходное географическое положение, связывающее таежные леса с громадными сухостепными пространствами.

Район богат водными ресурсами и большими массивами сельскохозяйственных угодий, Основная часть населения занимается производством и переработкой продукции сельского хозяйства.

Рельеф района очень разнообразен: высокие хребты и горы чередуются холмистыми плоскогорьями, равнинами и речными поймами. Общий уклон местности наблюдается с севера на юг.

На территории района выделяются следующие климатические зоны и подзоны: высокогорная, горная - лесостепная, горная степная, состоящая из трех подзон: горный лугово-степной влажный, предгорный степной, степной. Температура воздуха в этих зонах даже в июле часто опускается ниже нуля. Количество годовых осадков от 120-180 мм (пустынная зона) до 325-480 мм (горная лесостепная умеренно-влажная зона). Густота снежного покрова от 50-100 см до 2-20см. сумма положительных температур равна 1800-3000°С. По своим климатическим условиям район относится к резко- континентальному климату. В целом климат территории холодный. Среднегодовая температура воздуха составляет - 3,9°; -4,4°; абсолютный максимум температуры достигает +35°, абсолютный минимум - 57°. Большое влияние на климат оказывает ветер. Господствующий ветер юго-восточный (с сентября по апрель месяцы), а теплый период - западный. Число дней с сильным ветром составляет 58.

По водоснабжению: население районов неудовлетворительно обеспечивается доброкачественной питьевой водой. Населенные пункты снабжаются централизованной водопроводной водой от 17 до 70% и от 20 до 70% - привозной водой. В связи с неудовлетворенным санитарно-техническим состоянием объектов питьевого водоснабжения (водопроводные сети, скважи-

ны, колодцы) отмечается высокий удельный вес бактериально-загрязненных проб воды. Особенно высокий показатель загрязненности водопроводной воды по коли-индексу от 14,3 до 38,0% а по БОЕ-фагам от 20,0 - до 46,0. Высока также бактериальная загрязненность подземных вод от мечается по коли-индексу 33,0-54,0% и БОЕ-фагам - от 4,2 до 23,5 9, патогенной флоре - от 16,6 до 63,1% (таблица 1).

По данным исследований содержание токсичных металлов в воде водоемов, питьевой воде (таблицы 2), отмечается превышение содержания цинка в некоторых пробах до 1,1 - 1,6 ПДК, кадмия - 1,8 - 2,9 ПДК. В питьевых водах (водопроводы, родники, скважины) содержание металлов не превышает ПДК, исключением единичных проб по кадмию 1,1 - 3,0 ПДК, а по данным анализов воды водоемов уровни содержания токсичных металлов несколько выше.

В ряде проб почв (таблица 3) отмечается превышение ПДК по цинку в 1,3 до 2,7 раза. По токсикологическому показателю уровень загрязнения токсичными металлами Курчумского района характеризуется как умеренный или доступный. Уровень содержания токсичных металлов проб. Содержат хрома от 2,0 до 4,2 ПДК, кобальта - 1,2 до 2,0 ПДК. Отмечается повышенное загрязнение рядом металлов почвы: обнаружен цинк, хром, кобальт - 1,3 - 2,7, 2,0 - 4,2 и 1,2 - 2,0 ПДК соответственно. По комплексному токсикологическому показателю уровень загрязнения почв характеризуется как умеренный или допустимый. Установлено повышенное загрязнение некоторыми тяжелыми металлами питьевой воды: содержание цинка достигало от 1,1 до 1,6 ПДК; от 1,8 до 2,9 ПДК, кадмии обнаружен до 3,0 ПДК.

Таблица 1 - Бактериологические показатели качества питьевой воды и воды водоемов

район	годы	водопроводная вода			подземные воды (скважин)			колодезная вода		
		коли-индекс	Патоген. флора	БОЕ	коли-индекс	патоген флора	БОЕ фаги	коли-индекс	патоген. флора	БОЕ
Курчумский	2006	14,3	-	20,3	25,0		-	33,1		
	2007	9,4	-	5,0	20,0			37,5		
	2008	4,8-6,5	-					11,6		

Таблица 2 - Содержание тяжелых металлов в водоемах, питьевой воде

№	Объекты исследования	п	Ингредиенты, мг/л									
			цинк	железо	медь	марганец	кадмии	свинец	стронций	хром	кобальт	никель
1	питьевая вода	10	0,00013 0,0003	0,0016 0,008	0,00012 0,00045	0,002 0,008	0,0001 0,0005	0,0009 0,004	0,018 0,13	0,008 0,018	0,0003 0,007	0,0002 0,0013
2	вода водоемов	10	0,002 0,038	0,008 0,2	0,003 0,012	0,0018 0,007	0,0001 0,0011	0,0003 0,0013	0,0012 0,007	0,0015 0,011	0,0001 0,0011	0,0001 0,001

Таблица 3 - Содержание тяжелых металлов в почве

Объекты исследований	п	Ингредиенты, мг/кг									
		цинк	железо	медь	марганец	кадмии	свинец	стронций	хром	кобальт	никель
Курчумский район											
Почва с.Буран	8	33,1-333	1835,12-5148,0	10,1-44,9	38,4-250,5	0,1-1,2	4,3-33,3	7,7-21,1	3,1-22,3	3,8-9,1	3,8-11,1
Почва с.Такыр	10	98,8-231,1	2612,0-9012,0	23,7-55,5	48,1-221,4	0,6-1,8	16,5-50,1	9-32,1	18,1-38,8	1,4-9,3	1,8-10,1

Демографическая ситуация Восточно-Казахстанской области последних лет характеризуется продолжением негативных тенденций, проявляющихся снижением чис-

ленности населения, ростом и незначительным превышением смертности над рождаемостью (таблица 4).

Таблица 4 – Общая динамика демографических показателей на исследуемых территориях за период 2006-2009 гг.

ВКО	2006	2007	2008	2009
рождаемость	12,57	13,33	13,67	14,96
смертность	12,72	12,66	13,26	13,29
естественный прирост	-0,15	0,67	0,41	1,67
Усть-Каменогорск				
рождаемость	11,43	11,44	12,17	13,86
смертность	14,57	13,81	14,76	14,83
естественный прирост	-3,14	-2,37	-2,59	-0,97
Курчумский р-н				
рождаемость	12,31	12,95	12,25	13,68
смертность	8,87	8,75	9,54	9,11
естественный прирост	3,44	4,2	2,71	4,57

Общая заболеваемость населения Курчумского района характеризовалась ростом общей соматической заболеваемости, где у взрослого населения это обусловлено за счет болезней органов дыхания, системы кровообращения, мочеполовой системы и костно-мышечной системы. У подростков за счет болезни крови и кровеносных органов, болезни эндокринной системы, глаз и придаточного аппарата. В целом по популяции за счет болезней крови и кровеносных органов, болезней органов дыхания и врожденных аномалий.[4]

В сравнительном аспекте следует отметить, что показатели общей заболеваемости с.Акчий, с.Буран, с.Шенгельды, и с.Каратагай были выше чем в целом по Курчумскому району. Причина повышенного уровня заболеваемости, по-видимому, заключается в эффекте накопления отрицательных тенденций в состоянии здоровья, проявившейся в фактическом росте первичной заболеваемости.

Выводы:

1. Район падения РН «Протон» в ВКО относится к степной умеренно-засушливой зоне с умеренным токсикологическим уровнем загрязнения тяжелыми металлами и радиационного риска. Питьевая вода характеризуется бактериальной загрязненностью (от 16,6 до 63,1% патогенной микрофлорой), превышением содержания тяжелых металлов (цинк от 1,1 до 2,9 ПДК, кадмий до 3,0 ПДК), в том числе и в почве (цинк, хром, кобальт – 1,3 – 2,7, 2,0 – 4,2 и 1,2 – 2,0 ПДК соответственно).

2. Демографическая ситуация в районе характеризуется ростом смертности населения с нерезким уменьшением естественного прироста, где младенческая смертность превышает областной показатель в 1,2

раза. В структуре заболеваемости детского контингента ведущими являются болезни крови, кровеносных органов, а также инфекции верхних дыхательных путей, среди взрослого населения высокий уровень болезней нервной системы, крови и кровеносных органов, органов пищеварения и мочеполовой системы.

3. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями в районе высок и превышает данные по республике в 2,4 раза и составляет 142,3 и 185,0 случаев на 100 тыс. населения Курчумского района. В структуре психических заболеваний умственная отсталость и психическая недоразвитость составляет 56,8 и 63,9 на 100тыс. населения, высок процент мертворождаемости, недоношенности и врожденных пороков развития, что свидетельствует о неблагоприятной экологической нагрузке.

Литература:

1. Послание Президента РК Н.Назарбаева народу Казахстана «Новое десятилетие, новый экономический подъем, новые возможности Казахстана». -2010.-Акорда.
2. Соколов С.М., Науменко Т.Е., Шевчук Л.М. Оценка риска в системе раннего предупреждения экологических воздействий на здоровье населения // Гигиена и санитария.-2008.-№6.-С.74-76.
3. Жилияков В. Здоровье населения как интегральный показатель качества окружающей среды. // Санитарный врач.-2009.-№4.-С.44-47.
4. Сраубаев Е.Н., Шпаков А.Е., Омирбаева С.М., Амреева К.Е. и др. // Эколого-эпидемиологическое изучение состояния здоровья населения и статистические методы его анализа. // Методическое пособие. - Караганды.-2008. - 83с.

Climate and geographical, as well as social and economic description of the region of the detached parts of Proton vehicle fall on the territory of Kurchum Region

A.K. Mukazhanova

“National Center of Occupational Hygiene and Professional Diseases”
East Kazakhstan branch, Ust-Kamenogorsk town

Region of Proton vehicle fall in East Kazakhstan is a steppe temperate-arid zone with moderate toxic level of heavy metals and radiation risk contamination. Demographical situation in the region is characterized by people mortality increase with natality dramatic decrease.

Key words: rocket-cosmic activity, morbidity, mortality, heavy metals.

Курчум ауданының климатты-географиялық және әлеуметтік-экономикалық сипаттамасы Күршім ауданының аумағына құлаған «Протон-М» тасығыш-зымыранның бөлу бөлшектерінің құлауы болып табылады

A.K. Муқажанова

«ЕГ және КАҰО» ШҚ филиалы, Өскемен қ.

«Протон» тасығыш-зымыранның ШҚО құлау ауданы радиациялық қауіпті және ауыр металдармен ластанған біркелкі уытты деңгейі бар біркелкі қуаң аймаққа жатады. Аудандағы демографиялық жағдай халықтың табиғи өсімінің күрт төмендеуі мен өлімінің жоғарлауымен сипатталады.

Түйінді сөздер: зымыран-ғарыштық қызмет, ауыр-сырқаулық, өлім көрсеткіші, ауыр металдар.

УДК 616 – 089.5 – 031.81

КОМБИНИРОВАННЫЙ НАРКОЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАРАЦЕТАМОЛА ПРИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ

С.З. Танатаров, Р.К. Жакупов, М.Н. Сандыбаев, О.К. Азилханов, О.Т. Ходжимов, Д.А. Есболатов
Региональный онкологический диспансер, г. Семей

Актуальной проблемой анестезиологии является разработка новых методов обезболивания, основанных на применении неопиатных фармакологических средств, позволяющих частично или полностью отказаться от применения наркотических анальгетиков. Направление исследователей за последние годы характеризуется созданием надежной профилактической блокады от боли прежде, чем начнется операция. Это направление получило название «preemptive analgesia» [1]. Однако в данном направлении практически не исследована возможность сочетания ингаляционной анестезии с эпидуральной анестезией (ЭА) с интраоперационной антиноцицептивной защитой парацетамолом при расширенных оперативных вмешательствах [1,2].

На современном этапе своего развития анестезиология, имея в арсенале значительное количество новых методов и способов обезболивания, до сих пор ищет «золотую середину», при которой эффективная защита пациента от хирургической агрессии сочеталась бы с минимальным количеством побочных эффектов самой анестезии [4-6].

Парацетамол используемый в практике врачей анестезиологов расширил арсенал обезболивающих средств, он представляет интерес и в нашей стране как неопиоидный анальгетик для лечения как острой, так и ранней послеоперационной боли [7].

Цель работы: Оценить обезболивающий эффект парацетамола в сочетании с комбинированной анестезией.

Материалы и методы: Исследования проведены у 45 пациентов (возраст от 31 до 79 лет) двух групп, оперированных в хирургическом отделении Регионального онкологического диспансера г. Семей. Структура основной патологии и объем выполненных операций (нефрэктомия, гастрэктомия, резекция поджелудочной железы, наложение обходного гастроэнтероанастомоза, экстирпация матки с придатками, цистэктомии при опухолях яичников) в обеих группах были одинаковыми.

Группы по полу, возрасту, росту, массе тела, классу ASA и продолжительности операции были сопоставимы. Премедикация, вводный наркоз и поддержание миоплегии были одинаковыми во всех случаях. Методика поддержания анестезии в 1-й - основной группе (n=23) – форан + O₂ + продленная эпидуральная анестезия (10% раствор лидокаина в суммарной дозе до 400 мг) + перфалган, во 2-й – контрольной группе (n=22) – форан + одномоментная эпидуральная анестезия (10% раствор лидокаина в суммарной дозе 400 мг) + фентанил.

После стандартной премедикации вводный наркоз в основной группе осуществляли рекофолом, в виде медленной внутривенной болюсной инъекции, с интервалом 10 секунд в дозе 1,5-2,5 мг/кг массы тела. После интубаций трахеи подключали ингаляцию форана в дозе 0,5-0,7%. На этапах вводного и основного наркоза достижение и поддержание миоплегии проводили листеноном и ардуаном. Центральную анальгезию поддерживали введением внутривенно жидкого парацетамола в дозе 1-1,5 г со скоростью 10-15 мл/ч с помощью шприцевого дозатора SEP-10S. Для основного наркоза ингаляционная анестезия фораном осуществлялась в режиме нормовентиляции с использованием minimal flow anaesthesia (до 0,5 л/мин) и кислорода (50% во вдыхаемой смеси), а также микродоз калипсола, для поддержания хирургической стадий наркоза.

Интраоперационно изучали ЧСС, АД систолическое, диастолическое, среднее гемодинамическое, SpO₂, FiO₂. Параметры гемодинамики определяли кардиомонитором МИТАР – 01- «Р-Д» (Россия), BIS-индекс монитором А-2000XP (США).

Результаты исследований и их обсуждение:

Основные данные, полученные в результате исследования, представлены в таблицах 1-2.

В таблице 1 представлены данные о влиянии наркоза в сравниваемых группах на величину BIS-индекса.

Таблица 1 – Величины BIS-индекса у больных группы наркоза форан+эпидуральная анестезия с дополнительным использованием парацетамола

Группа обследованных	До вводного наркоза	Вводный наркоз	Начало операции	Основной этап операции	Выход из наркоза
Форан + эпидуральная анестезия + фентанил (0,7 мг), n=22	81±3	40±3	49±2	54±3	67±3
Форан + эпидуральная анестезия + фентанил (0,2 мг) + парацетамол (1 г), n=23	83±1	44±2	47±3	53±2	76±5

Как следует из представленных данных, применение разработанной методики с внутривенным введением парацетамола и снижением дозы наркотического анальгетика не приводило к существенным изменениям состояния больных в процессе анестезии. Не было зарегистрировано достоверных различий средней величины BIS-индекса на всех этапах анестезии. Отмечено превышение показателя при использовании разработанного метода в два срока – вводного наркоза и выхода из наркоза. В обоих случаях эти различия, как мы полагаем, имеют позитивную для пациента направленность, так как облегчается и вход в наркоз, и особенно выход из наркоза.

Были выявлены определенные различия по влиянию проводимых в сравниваемых группах анестезиологических пособий на состояние центральной гемодинамики (таблица 2).

Частота сердечных сокращений имела адекватную динамику к снижению в обеих исследуемых группах, причем степень данных изменений вначале и в ходе основного этапа операции ни в одном случае не выходила за пределы уровня ЧСС, обеспечивающего адекватную гемодинамику.

Таблица 2 - Динамика показателей системной гемодинамики у больных при использовании фора-н+эпидуральная анестезия с дополнительным использованием парацетамола

Показатель	До вводного наркоза	Вводный наркоз	Начало операции	Основной этап операции	Конец операции
ЧСС, мин ⁻¹ n=23	81±4	75±2	71±2*	70±2*	74±3
ЧСС, мин ⁻¹ n=22	84±3	76±3	73±3*	72±1*	76±2
САД, мм рт.ст. n=23	152±7	137±5	129±4*	130±4*	135±4*
САД, мм рт.ст. n=22	146±8	140±3	133±3*	135±5*	141±3*
ДАД, мм ст.рт. n=23	98±4	89±2*	87±2*	86±1*	93±3
ДАД, мм ст.рт. n=22	100±3	95±3*	92±3*	93±2*	97±2
АДср., мм рт.ст. n=23	120±4	109±3*	105±3*	104±2*	111±3
АДср., мм рт.ст. n=22	125±5	110±4*	100±2*	107±3*	120±2

Примечание - * - различия с показателем до вводного наркоза достоверны, p<0,05

Величина систолического артериального давления исходно была повышенной до средней величины в основной группе 151±6 мм рт.ст., в контрольной группе 145±7 мм рт.ст. На фоне вводного наркоза она имела динамику к снижению в 1-й группе до 137±5 мм рт.ст., во 2-й группе 140±3 мм рт.ст., а в ходе оперативного вмешательства снижалась в среднем до 129±4 мм рт.ст. в 1-й группе, а во 2-й группе до 133±3 мм рт.ст. и ни в одном из случаев не была меньше 110 мм рт.ст. В конце операции наблюдалась адекватная тенденция к повышению АД, не достигающему, тем не менее исходных значений. Аналогичная динамика была характерна для уровня диастолического и среднего гемодинамического АД. Сравнительный анализ показал, что в обеих группах больных показатели кровообращения АД и ЧСС были стабильными, по данным мониторинга ЭКГ не отмечено нарушений ритма и других нарушений в деятельности сердечно-сосудистой системы.

Выводы:

- Разработанный вариант комбинированной ингаляционно-эпидуральной анестезии обеспечивает значительную глубину анестезии и достаточную стабильность регуляторных систем при выполнении высоко-травматических абдоминальных операций.
- Применение комбинированной анестезии с дополнительным использованием парацетамола выявил комплекс преимуществ, при стабильности параметров центральной гемодинамики, что позволило применять этот

вид анестезии у больных с высоким анестезиологическим риском.

Литература:

1. The challenge of preemptive analgesia. Pain Clinical Updates // IASP. – 2005. – XIII (2). – P.1-4.
2. Осипова Н.А., Петрова В.В., Митрофанов С.В., Береснев В.А. и др. Системная и регионарная антиноцицептивная защита пациента в хирургии. Проблема выбора // Анестезиол. и реаниматол. – 2006. - №4. – С. 12-16.
3. Светлов В.А., Зайцев А.Ю., Козлов С.П. Сбалансированная анестезия на основе регионарных блокад: стратегия и тактика // Анестезиол. и реаниматол. – 2006. - №4. – С.4-12.
4. Botting R. COX-3: mechanism of acetaminophen/paracetamol analgesia. Pain practice. Book of Abstracts 3rd World Congress "World Institute of Pain", Barcelona, 2004. – P.194.
5. Smith E., Vainchtock A., Nicoloyannis N. et al. Ready to use injectable paracetamol: easier, lowering workload and costs // Eur J of Hospit Pharm. – 2003. - 9 (Iss. 6). – P.96-102.
6. Parfalgan. Product Monograph. Bristol-Myers Squibb, 2001. – 130 p.
7. Breivik H. Postoperative Pain: toward optimal pharmacological and epidural analgesia. Pain 2002-an Updated Review. - IASP Press, Seattle, 2002. – P. 337-349.

Кеңейтілген операциялардағы үйлестірілген жансыздандыруды парацетамолмен оңтайландыру

С.З. Танатаров, Р.К. Жакупов, М.Н. Сандыбаев, О.К. Азилханов, О.Т. Ходжимов, Д.А. Есболатов

Аумақты операцияларда қолданылатын ингаляциялық жансыздандыруды парацетамолмен интраоперациялық антиноцицептивті қорғаныс жасалатын эпидуральді анестезиямен үйлестіру мүмкіндігі әлі зерттелген жоқ. Онкологиялық диспансердің хирургиялық бөліміндегі операция жасалынған 45 науқасқа зерттеу жүргізілді. Орталық анальгезияны парацетамолды көктамырға 1-1,5 г мөлшерінде 10-15мл/сағ жылдамдықпен жіберу арқылы жүзеге асырды. Форанмен болатын ингаляциялық анестезия minimal flow қолданылған нормовентиляция режимінде жүзеге асса, наркоздың хирургиялық сатысы калипсолдың микродозасымен ұсталды. Үйлестірілген анестезия аумақты операцияларда жансыздандырудың қолайлы тереңдігін және реттеуші жүйелердің лайықты тұрақтығын қамтамасыз етеді.

Optimization of combined anesthesia by paracetamol in enlarged operations

S.Z. Tanatarov, R.K. Zhakupov, M.N. Sandibaev, O.K. Azilkanov, O.T. Khodzhimov, D.A. Yessbolatov

Possibility of combined inhalational anesthesia with epidural anesthesia and intraoperational antinoceptive protection by paracetamol in enlarged operations is not investigated. Researches were performed on 45 patients after surgeon in surgery department of oncology center. Central analgesia were supported by intravenous injection of paracetamol in dosage of 1-1,5 with 10-15 ml per hour speed. Inhalational anesthesia by Phoranum were performed in normal ventilation rate with minimal flow using, also micro doses of calipsoli for support of surgical stage of narcosis. Combined anesthesia provides depth of anesthesia and enough stability of regulating systems in implementation of enlarged operations.

УДК 612.172.2: 616-003.96

СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ СИСТЕМ МОНИТОРИНГА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

А.К. Мукажанова

Восточно-Казахстанский филиал Национального центра гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК, г. Усть-Каменогорск

В настоящее время наблюдения за уровнями загрязнений атмосферы, почвы, вод и донных отложений рек, озер, водохранилищ и морей по физическим, химическим и гидробиологическим (для водных объектов) показателям проводятся службами. Существующий эколого-аналитический мониторинг, а именно мониторинг за содержанием загрязняющих веществ в воде, воздухе и почве с применением физических, химических и физико-химических методов анализа – позволяет обнаружить поступление загрязняющих веществ в окружающую среду, установить влияние антропогенных факторов на фоне естественных и оптимизировать взаимодействие человека с природой. Химический мониторинг – часть эколого-аналитического, с системой наблюдений за химическим составом атмосферы, осадков, поверхностных и подземных вод, почв, донных отложений, растительности, животных, и контроль за динамикой распространения химических загрязняющих веществ. Его задача – определение фактического уровня загрязнения окружающей среды высокотоксичными ингредиентами; назначение – научно-техническое обеспечение системы наблюдений и прогнозов; выявление источников и факторов загрязнения, а также степени их воздействия; наблюдение за установленными источниками поступления загрязняющих веществ в природную среду и уровнем ее загрязнения; оценка фактического загрязнения природной среды; прогноз по загрязнению природной среды и пути улучшения ситуации. Такая система базируется на данных отраслевого и регионального характера, включает элементы этих подсистем; она может охватывать как локальные районы в рамках одного государства [1,2].

Основными задачами мониторинга являются:

- разработка программ наблюдения за состоянием окружающей природной среды;
- организация наблюдений и проведение измерений показателей объектов экологического мониторинга;
- сбор и обработка данных наблюдений;
- хранение данных наблюдений, создание специальных банков данных, характеризующих экологическую обстановку;
- гармонизация банков и баз экологической информации с международными эколого-информационными системами;
- оценка и прогноз состояния объектов окружающей среды и антропогенных воздействий на них, природных ресурсов, откликов экосистем и здоровья населения на изменение состояния среды обитания человека;
- проведение оперативного контроля и прецизионных измерений радиоактивного и химического загрязнения в результате аварий и катастроф, а также прогнозирование экологической обстановки и оценка нанесенного природной среде ущерба;
- доступность интегрированной экологической информации широкому кругу потребителей, общественные движения и организации;
- информирование органов управления о состоянии окружающей среды и природных ресурсов, экологической безопасности;
- разработка и реализация единой научно-технической политики в области экологического мониторинга.

Обычно оно предусматривает создание двух взаимосвязанных блоков: мониторинг загрязнения экосистем и мониторинг экологических последствий такого загрязнения. Кроме того, она должна обеспечить получение информации об исходном (базовом) состоянии биосферы, а также выявление антропогенных изменений на фоне естественной природной изменчивости. По масштабам обобщения информации различают мониторинг [3-5]:

- глобальный – слежение за мировыми процессами и явлениями в биосфере с помощью космической, авиационной техники и ПЭВМ и составление прогноза возможных изменений на Земле. Частным случаем является национальный мониторинг, включающий аналогичные мероприятия, осуществляемые на территории конкретной страны;
- региональный - охватывает отдельные регионы;
- импактный - проводится в особо опасных зонах, непосредственно примыкающих к источникам загрязнения, например в зоне промышленного предприятия.

На основе информации о состоянии природных ресурсов, степени антропогенного воздействия и уровня жизни населения определенного региона во многих странах разрабатываются информационно-аналитические системы, где информационное пространство обычно представлено тремя тематическими разделами [6]:

- состояние окружающей среды и природные ресурсы, на базе которых оценивается обеспеченность территории основными природными ресурсами, уровень загрязнения окружающей среды, причины нарушения природных экосистем;
- антропогенная нагрузка, сведения такого рода позволяют определить социально-экономические условия жизни населения, антропогенное давление на окружающую среду;
- природоохранная деятельность, устанавливающая размер капитальных вложений в охрану окружающей среды данной территории, оформляются сведения об экологических программах и об особо охраняемых территориях. На основе этой информации выводится интегральная характеристика оценки уровня финансирования природоохранных мероприятий, и выявляются закономерности взаимодействия перечисленных областей информации.

В целом своевременно проведенный, мониторинг позволяет выявить состояние исследуемого объекта (кризисное или благоприятное), получить перечень экологических проблем региона, оценить качество природоохранной деятельности, разработать рекомендации о направлении подобных работ в дальнейшем. И как, интегральная характеристика дополняет сведения об экологическом состоянии выбранной территории, с выявлением закономерностей между состоянием окружающей среды и уровнем жизнедеятельности населения.

Проводя районирование территории по степени изменения или антропогенной нагрузки на окружающую среду, исследователь может выделить наиболее кризисные (или, наоборот, благополучные) территории и экологические проблемы, стоящие перед регионом в целом. Сопоставляя полученную информацию с данными о проводимых природоохранных мероприятиях, можно, во-первых, оценить качество и результат природоохранной деятельности, а во-вторых, сформулировать рекомендации по направлению подобных работ в дальнейшем [7].

На сегодняшний день, в регионах имеются сети наблюдений, принадлежащих различным службам, и которые ведомственно разобщены, не скоординированы в хронологическом, параметрическом, хронологическом и других аспектах. Поэтому задача подготовки оценок, прогнозов, критериев альтернатив выбора управленческих решений мониторинга становится на базе имеющихся в регионе ведомственных данных, в общем случае, неопределенной. В связи с этим, центральными проблемами организации экологического мониторинга являются эколого-хозяйственное районирование и выбор «информативных показателей» экологического состояния территорий с проверкой их системной достаточности.

Таким образом, оценка роли неблагоприятных воздействий на организм человека, связанных с загрязнением окружающей среды, представляет собой важнейшую задачу, особенно в отдельных возрастных группах. Основные трудности в этой области обусловлены многообразием действующих факторов окружающей среды, а необходимость поиска оптимальных комбинаций системы непрерывного контроля над процессом здоровья имеет исключительное значение в условиях ракетно-космической деятельности.

Литература:

1. Соболев А.И., Вербова Л.Ф. Особенности статистической обработки данных радиоэкологического мониторинга // Гигиена и санитария.-2002.-№3.-с.76-79.

2. Беляев Е.Н., Чибуряев В.И., Фокин М.В. Социально-гигиенический мониторинг в решении стратегических задач среды обитания и здоровья населения // Гигиена и санитария.-2002.-№3.-с.9-11.

3. Иманкул С.И., Арыспаев М.К., Кажкенова Д.А., Казиева Д.Г. Влияние факторов окружающей среды на здоровье человека // Окружающая среда и здоровье населения. - 2010. - №1/53. - С.6-8.

4. Большаков А.М., Маймулов В.Г. Гигиеническое регламентирование - основа санитарно-эпидемиологического благополучия населения. - Москва. - Изд.группа «Геотар-Медиа». - 2009. - 211с.

5. Громова В.С., Пчеленок О.А. Динамика биогенных элементов в системе «почва-растения» при радиационном загрязнении окружающей среды // Санитарный врач. - 2010. - №4. - С.24-26.

6. Самакова А., Белоног В., Ибрагимов А. и др. Научные концепции управления безопасностью в социально-экологических системах. -СПб. -Изд-й центр «Гуманитарная Академия». - 2004.-250с.

7. Завьялов Н.В., Остапенко Ю.Н., Скворцова Е.Л., Силаев В.А. Опыт ведения токсикологического мониторинга в Москве. // Гигиена и санитария.-2009. - №6 - С.69-71.

Қоршаған ортаның мониторингі жүйесінің жіктелуінің және ұйымдастырылуылық қазіргі кездегі турлері А.К. Муқажанова

«ЕГ және КАҰО» ШҚ филиалы, Өскемен қ.

Түйінді сөздер: мониторинг, қоршаған орта, антропогенді факторлар, зымыран- ғарыштық іс-әрекет.

Қоршаған ортаның ластануына байланысты адам ағзасына, әсіресе және жасофттарына, зиянды қолайсыз әсер етуді бағалау, манызды міндеттердің бірі болып табылады. Зымыран- ғарыштық іс-әрекет жағдайында денсаулық процесіне үздіксіз баукалу жасау жүйесігу тиімді жолдарын іздеу мвныздылығы ерекше.

The modern form to organizations and classification of the system of the monitoring surrounding ambiances А.К. Mukazhanova

EK-branch of "National center of labour hygiene and occupational diseases", s. Ust-Kamenogorsk

In article are presented modern approaches monitoring the picture of health populations at influence possible disadvantage factor environment. Need of searching for optimum combination systems of the unceasing checking on process of health has exclusive importance in condition racket-cosmic activity.

The Key words: monitoring, environment, anthropogenic factors, rocket and cosmic activity.

УДК 616.12-008.33-092+612.466

РОЛЬ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

А.К. Жанатбекова, Л.К. Каражанова

Государственный медицинский университет г. Семей

В течение последних десятилетий получено большое количество данных о патогенезе резистентной артериальной гипертензии (АГ). Тем не менее, в силу сложности и неполной изученности механизмов регуляции артериального давления (АД), а значит и трудности понимания взаимоотношений этих нарушенных механизмов, а также вследствие клинико-патогенетической неоднородности АГ, отмеченной еще Г.Ф.Лангом [1], создание единой универсальной схемы ее патогенеза оказалось трудновыполнимой задачей. В связи с этим вполне продуктивным может быть путь систематизации данных о механизмах регуляции АД, выявления наиболее вероятных их поломок и описания их взаимоотношений в пределах конкретных клинико-патогенетических вариантов АГ.

Величина АД зависит от соотношения прессорных и депрессорных систем[2]. К прессорным системам относятся:

- симпатико-адреналовая система (САС);
- ренин – ангиотензин – альдостероновая система;
- система антидиуретического гормона (АДГ);
- система прессорных простагландинов (тромбоксан А2, ПГ F2a),
- система эндотелинов.

К депрессорным системам относятся:

- барорецепторы синокаротидной зоны аорты, калликреин – кининовая система,
- система депрессорных простагландинов (ПГ А, ПГ Д, ПГ Е2, простаглицлин I2),
- предсердный натрийуретический фактор, эндотелий расслабляющий фактор (ЭРФ).

При резистентной гипертензии происходит нарушение оптимального взаимодействия прессорных и депрессорных систем, с преобладанием первой. Это приводит к увеличению натрийуреза, гиповолемии, повреждению эндотелия, пролиферации интимы сосудов. Все эти изменения сопровождаются дальнейшим выбросом вазоконстрикторов и еще большему повышению АД.

Простагландины - биологически активные вещества, образующиеся в клетках из арахидоновой и некоторых других ненасыщенных жирных кислот (дигомолиноленовой), содержащихся в фосфолипидах мембран. По особенностям химического строения ПГ делят на группы, имеющие латинские индексы А, В, Е, F и др., и на подгруппы, обозначаемые арабскими цифрами (ПГЕ1, ПГЕ2 и др.), соответственно количеству двойных связей в молекуле. Простагландины и их синтетические аналоги обладают многогранной физиологической (фармакологической) активностью. Их считают гормоноподобными веществами («местными» гормонами), регулирующими клеточный метаболизм. Характерным является влияние ряда ПГ на сократительную активность гладкой мускулатуры, секрецию, кровообращение (включая микроциркуляцию), а также другие функции организма. История поиска этих неведомых в начале XX века чрезвычайно активных биологических веществ весьма любопытна. Долгие годы эти вещества, способные координировать самые разнообразные процессы жизнедеятельности человеческого организма, оставались неуловимыми. Лишь в 30-х годах двадцатого столетия шведский ученый Эйлер сумел получить новые данные о гормонах-невидимках.

Депрессорная система мозгового слоя почек представлена двумя основными блоками – системой простагландинов и калликреин-кининов. Простагландины мозгового слоя почки (Е2, I2, А2, F2) оказывают три основных эффекта, имеющих прямое отношение к экскреции воды, а именно: снижают способность антидиуретического гормона повышать проницаемость эпителия собирательных трубок для воды, усиливают кровоток в сосудах этой зоны и ингибируют реабсорбцию натрия и хлоридов в толстом восходящем колене петли Генле и, что очень важно, - активно выводят натрий из мышечных волокон стенок артерий, уменьшая тем самым их набухание и понижая чувствительность к веществам, сужающим сосуды. Это приводит к снижению АД[3].

Эндокринная функция почки определяется тремя гуморальными системами – простагландинами (ПГ), ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и калликреин-кининовой (ККС). Тесная связь между этими системами находит отражение в процессах образования биологически активных субстанций (кинины, ангиотензин II, простагландины различных серий) и их инактивации. Регуляция активности РААС, ККС, образование прессорных (ПГF) и депрессорных ПГ (ПГЕ2) в почках во многом определяются одними и теми же факторами: изменением внеклеточных объемов организма, концентрации натрия и калия во внеклеточной жидкости и активностью симпатической нервной системы (СНС). Накоплен большой экспериментальный и клинический материал по изучению гуморальных систем почек, на основе которого сформулировано представление об их физиологической роли в организме. Активация синтеза почечных простагландинов происходит при артериальной гипертензии, после ишемизации почки, под влиянием норадреналина, вазопрессина, ангиотензина-II, почечных кининов и стимуляции почечных симпатических нервов. Антигипертензивное действие простагландинов заключается как в вазодилатирующем эффекте, так и в стимуляции почечной экскреции ионов натрия и воды.

Большая часть поступающих в кровь простагландинов разрушается в легких, поэтому в артериальные сосуды не попадает, за исключением ПГI2, почти не деградирующего в малом круге и обладающего мощным системным вазодилатирующим эффектом. Важное значение для антигипертензивного действия имеет торможение синаптической передачи в адренергических синапсах под влиянием ПГЕ. Наличием обратной связи между простагландинами и ренин-ангиотензин-альдостероновой системой обусловлен стимулирующий эффект простагландинов на синтез ренина в юктагломерулярном аппарате почек. По мере прогрессирования гипертензии депрессорные возможности почек истощаются и начинают преобладать прессорные вещества. АД становится более высоким и стойким.

При длительном течении гипертензии по мере нарастания атеросклероза сосудов почек, а также у больных хроническими почечными заболеваниями, по мере гибели и уменьшения почечной ткани снижается выработка простагландина и истощается депрессорная функция почек, чем и объясняется развитие в этот период стабильного и высокого уровня гипертензии. Увеличение содержания в крови простагландинов Е в начальной стадии эссенциальной гипертензии считается компенсаторной реакцией, подавляющей действие симпатической и ренин-ангиотензинной системы.

В экспериментальных, а затем клинических исследованиях показан широкий круг механизмов действия ПГ Е1, многие из которых лежат в основе терапевтического эффекта препаратов простагландинового ряда. Среди них следует в первую очередь указать на сосудорасширяющее действие ПГ Е1 (алпростадил), вызывающего дилатацию артериол и прекапиллярных сфинктеров с последующим увеличением тканевого кровотока, а также многокомпонентное воздействие на клеточные и гуморальные реологические факторы, противовоспалительное, цитопротективное действие и др. [4,6]. Экспериментальные работы показали протективное действие ПГЕ1 при моделировании почечной ишемии: введение ПГЕ1 предотвращало развитие очагового некроза и постишемической почечной недостаточности, улучшало почечную гемодинамику, клубочковую фильтрацию и концентрационную функцию почек.

Так, ПГЕ1 ингибирует активность лейкоцитов, тромбоцитов, процессы агрегации и адгезии, высвобождение супероксидных анионов и лизосомальных ферментов; повышает пластичность (деформируемость) эритроцитов и снижает их агрегацию;

снижает тромбообразование, уровень фибриногена и повышает фибринолитическую активность крови; ингибирует действие факторов роста и пролиферацию гладких мышечных клеток в сосудистой стенке, оказывает протективное действие на эндотелий и уменьшает число циркулирующих эндотелиальных клеток,

снижает синтез коллагена и гликозаминогликанов, улучшает метаболизм липидов в артериальной стенке и др. [5]. Все эти свойства простагландинов механизмы используются в стратегии лечения тяжелой резистентной артериальной гипертензии.

Литература:

1. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. Л., 1950;
2. Раповец В.А., Вальчук С.А. Злокачественная артериальная гипертензия;
3. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. Глава 7. Биом-пресс . 2007;

4. Гусева Н.Г. Эффективность и перспективы применения вазопростана (простагландина E₁) в ревматологии. *Терапевтический архив*. 2002; №5;

5. Маевский Е.И., Мурашов А.Н. и др. Влияние вида лекарственной формы на некоторые биологиче-

ские свойства простагландина E₁. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*, №5, 2003;

6. Guseva N. G., Aiekperov R. T., Match E. S. The efficacy of vazaprostan in systemic sclerosis. In.: *The 9th APLAR Congress of Rheumatology*. Peking. 2000.

Резистентті артериальды гипертония патогенезіндегі простагландиндердің ролі

Ә.К. Жанатбекова, Л.Қ. Қаражанова

Резистентті артериальды гипертонияда прессорлы және депрессорлы жүйедегі оңтайлы өзаралық байланыстың бұзылуы прессорлық жүйедегі бұзылыс басымдығымен болады. Простагландиндердің антигипертониялық әсері олардың вазодилатациялық тиімділігі және бүйректегі натрий иондары мен су экскрецияларының белсенділенуімен білінеді.

Role of prostaglandins at pathogenesis of resistant arterial hypertension

A.K. Zhanatbekova, L.K. Karazhanova

The disorders of the optimal interaction of pressor and depressor systems, with a predominance of the first. Antihypertensive action of prostaglandins is in vasodilating effect and the stimulation of renal excretion of sodium and water.

УДК 612.014:616.383.231.428:612.63.025

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ КЛЕТОК В ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗОНАХ БРЫЖЕЕЧНЫХ И ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ

Ж.Е. Комекбай, Т.Ж. Умбетов

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г.Актобе

Актуальность. С 1974 года ВОЗ рекомендует проведение полного комплекса реанимационных мероприятий и учета в статистике всех живорожденных массой 500,0 (22 недели гестации) и более. Республика Казахстан с 1 января 2008 года полностью перешла на критерий ВОЗ. В связи с этим перинатальный период был смещен с 28 недель на более ранний срок развития плода – 22 недели гестации. Если к 22 неделям гестации развиваются и функционируют все органы и системы организма, то в перинатальном периоде (22-40 недель беременности и 1-7 сутки жизни новорожденных) происходит почти полное развитие систем органов регулирующих деятельность организма. В частности органы иммунной системы осуществляют защиту организма от генетически чужеродных веществ, постоянно поддерживает тканевой гомеостаз и способствует сохранению равновесия между матерью и плодом в течение беременности и рождению здорового жизнеспособного плода [1]. А лимфоидные органы являясь важнейшей частью иммунной системы человека обеспечивают иммунную защиту практически всех органов. Поэтому исследования иммуноморфологических состояний лимфатических узлов при нормально протекающей беременности позволит более глубоко понять механизмы и закономерности морфологических и иммунологических изменений лимфоидной ткани плодов.

В течение долгого времени основное значение придавалась только защитным реакциям организма матери, участие плода в реакциях иммунитета считалось сомнительным. Это положение коренным образом изменилось после открытия новых фактов принципиального значения, поставивших перед биологами и врачами большую проблему онтогенеза иммунной системы [2].

Перспективность исследований становления системы иммуногенеза плода человека обуславливается рядом обстоятельств. Считается, что система иммуногенеза наряду с нервной и эндокринной относится к регулирующим системам организма. В период развития органов у плода происходят сложные

тканевые и биохимические процессы, которые должны развиваться и затухать в соответствии с развитием собственных интегрирующих систем, создающих нормальный гомеостаз организма плода. Плод в матке развивается в стерильных, но не безантигенных условиях. Развитие иммунной системы должно проходить строго параллельно с развитием организма, поддерживая иммунологический гомеостаз самого плода. В процессе развития она не может оставаться безучастной к факторам, поступающим из организма матери в организм плода. Следовательно, по Хлыстовой З.С. [2] система иммуногенеза плода должна составлять третье звено системы мать-плацента-плод.

Таким образом, становление системы иммуногенеза плода происходит, с одной стороны, в силу общебиологических причин, обусловленных законами фило- и онтогенетического развития, определяющими общее направление процессов гисто-и органогенеза. С другой стороны, «качество» развивающихся тканей и органов определяется местными условиями самого организма плода и его взаимосвязями с организмом матери, составляющим для него особые экологические условия или среду обитания.

Знание процессов развития системы иммуногенеза человека в период эмбрионального развития может установить сроки морфофункционального становления иммунного статуса, но и пролить свет на этиологию иммунодефицитных состояний человека и определить методы их коррекции.

Целью исследования является изучение динамики клеточного состава функциональных зон брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлов в перинатальный период развития.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования были брыжеечные и трахеобронхиальные лимфатические узлы 42 мертворожденных и новорожденных перинатального периода, развивающихся в физиологических условиях беременности и умершие в результате родовой травмы. В соответствии срокам перинатального периода материалы были подразделены на пять подгруппы: I-ая

мертворожденные в сроки 22-27 недель беременности; II-ая мертворожденные в сроки 28-36 недель беременности; III-ья мертворожденные в сроки 37-40 недель беременности; IV-ая новорожденные, умершие на 1-4 сутки жизни; V-ая новорожденные, умершие на 5-7 сутки жизни. Лимфатические узлы фиксировали в 10 % нейтральном формалине. После гистологической проводки парафиновые срезы окрашивали гематоксилин-эозином, Азур II-эозином и по ван Гизону. Изучение клеточного состава лимфатического узла проводили с помощью закрытой квадратной тестовой системы, вмонтированной в окуляр микроскопа [3], так, что площадь исследуемого участка составляла 1600 мкм² (размер квадрата 40x40 мкм). По этой методике дифференцированно изучали клеточные формы по 10 полей в каждом срезе лимфатического узла (всего 1000 тест-точек). Подсчитывались содержания клеток в функциональных зонах паренхимы лимфатических узлов – корковое плато, лимфоидные узелки, паракортикальная зона, мякотные тяжи. Дифференцировались следующие виды клеток – лимфоциты (большие, средние, малые), ретикулярные клетки, бластные формы клеток, митотически делящиеся клетки, плазмциты, макрофаги и дегенерирующие клетки.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении клеточного состава во всех функциональных зонах как брыжеечных, так и трахеобронхиальных лимфатических узлов на 22 неделе гестации 22-27 недель беременности) отсутствовали плазмциты, макрофаги и дегенерирующие клетки. Отмечалось относительно большое содержание бластных форм клеток и митотически делящиеся клетки. Со стороны лимфоцитов наблюдалось увеличение процентного содержания больших и средних лимфоцитов. Процентное содержание средних лимфоцитов во всех функциональных зонах паренхимы лимфоузла равнялась 20%, а уровень малых лимфоцитов несколько превышало 50%. Процентное содержание ретикулярных клеток колебалось от 17,5 % до 26,9%.

При анализе содержания клеток в перинатальном периоде в корковом плато брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлов во срок беременности 28-36 недель и 37-40 недель, а также на 1-4 сутки и 5-7 сутки жизни со стороны лимфоцитов наблюдалось постепенное снижение процентного содержания больших и средних лимфоцитов и тенденция к увеличению числа малых лимфоцитов. При этом в срок 5-7 суток жизни в корковом плато, как брыжеечных, так и трахеобронхиальных лимфоузлах отсутствовали большие лимфоциты.

Если в антенатальном периоде развития (28-36, 37-40 недель беременности) бластные и митотически делящиеся клетки уменьшались, то в раннем постнатальном (1-4 и 5-7 сутки жизни) они достоверно возрастали. В эти же сроки в корковом плато выявлялись плазмциты, дегенерирующие клетки и макрофаги. Ретикулярные клетки в данной зоне в антенатальном периоде трахеобронхиальных лимфатических узлов определялись на уровне 20%, тогда как в брыжеечных лимфоузлах они не превышали уровня 17%. Как трахеобронхиальных, так и брыжеечных лимфоузлах в корковом плато в постнатальном периоде достоверно снижалось количество ретикулярных клеток.

Несколько отличительные изменения клеточного состава перинатальном периоде происходило в лимфоидных узелках. Так в брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлах во все сроки

антенатального периода развития на высоком уровне оставалось содержание средних лимфоцитов (более 20%) и достоверно увеличиваясь в сроки 5-7 суток жизни (25,9%). Если число малых лимфоцитов в трахеобронхиальных узлах в постнатальном периоде достоверно возрастало, то в брыжеечных лимфатических узлах существенного роста малых лимфоцитов в эти сроки развития не наблюдалось. С другой стороны в брыжеечных лимфатических узлах во все сроки антенатального периода развития (22-27, 28-36, 37-40 недель беременности) отмечается относительно большое число бластных и митотически делящихся клеток, которые в постнатальном периоде (1-4, 5-7 сутки жизни) удваивается. В лимфоидных узелках трахеобронхиальных лимфатических узлов в антенатальном периоде развития имеются только незначительные следы бластных форм клеток и клеток в состоянии митоза, то в постнатальном периоде они выражены значительно. Если число ретикулярных клеток в брыжеечных лимфатических узлах во все сроки перинатального периода остается почти на одном уровне, то в трахеобронхиальных лимфатических узлах начиная с раннего периода антенатального развития (17,9%) постепенно снижаясь достигает минимального количества в сроки 5-7 суток жизни (60,0%).

В паракортикальной зоне брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлов изменение клеточного состава в перинатальном периоде происходит почти идентично. Например, в сроки 22-27 недель беременности соотношение в процентах больших, средних и малых лимфоцитов в трахеобронхиальных узлах составлял 10,8x35,9x35,4, а в брыжеечных – 8,1x37,7x35,5. Эти соотношения сохранялись во все сроки антенатального развития. И незначительное уменьшение больших и средних лимфоцитов с некоторым увеличением числа малых лимфоцитов происходило в ранние постнатальные сроки. В частности в 5-7 сутки жизни соотношения больших и средних лимфоцитов трахеобронхиальных лимфоузлах в процентах составлял – 8,4x26,1x50,9, а брыжеечных – 4,7x27,2x47,3. Бластные формы клеток как брыжеечных, так и трахеобронхиальных лимфоузлах выявлялись 22-27 недель беременности (0,1%), а митотически делящиеся клетки в паракортикальной зоне в обеих лимфоузлах определялись в только в сроки 37-40 недель беременности. (0,1-0,2%). Ретикулярные клетки в паракортикальной зоне трахеобронхиальных лимфатических узлов сохраняя равное количество в антенатальном периоде (17,8%), имел тенденцию к снижению в 5-7 сутки жизни (14,3%). Число ретикулярных клеток в брыжеечных лимфатических узлах в антенатальном периоде находились в одном уровне (18,0-18,6%) и значительно возрастало в раннем постнатальном периоде (1-4 сутки жизни – 25,6%).

Если во все сроки антенатального периода развития в паракортикальной зоне исследуемых лимфоузлов отсутствуют плазмциты, макрофаги, дегенерирующие клетки. Но в раннем постнатальном периоде (1-4 и 5-8 сутки жизни) они выявляются убедительно особенно в брыжеечных лимфоузлах.

Увеличение числа ретикулярных клеток, плазмцитов, макрофагов, дегенерирующих клеток возможно связано антигенном воздействием кормления новорожденного.

В мякотных тяжах брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлов в антенатальном периоде развития сохраняются те же соотношения больших, средних и малых лимфоцитов, а

в раннем постнатальном периоде происходит некоторое увеличение доли малых лимфоцитов с уменьшением числа больших и средних лимфоцитов. В данной функциональной зоне обеих лимфатических узлов довольно высоком уровне выявляются бластные и митотические делящиеся клетки во все сроки перинатального периода. Процентное содержание ретикулярных клеток в антенатальном периоде в брыжеечных лимфатических было значительно больше чем в трахеобронхиальных узлах. А в постнатальном периоде происходило снижение количества ретикулярных клеток как в брыжеечных, так и в трахеобронхиальных узлах. Следующей особенностью клеточного состава мякотных тяжей в перечисленных узлах заключается наличие в значительном количестве во все сроки перинатального развития плазмочитов и макрофагов, а в раннем постнатальном периоде появление дегенерирующих клеток.

Обобщая полученные результаты исследования надо отметить, что к 22 неделям гестации во всех функциональных зонах, как брыжеечных, так и трахеобронхиальных лимфатических узлах выявляются почти все клеточные клоны паренхимы лимфатических

узлов что соответствует началу формирования гуморального и клеточного иммунитета в этих органах.

В перинатальный период происходит постепенное уменьшение процентного содержания больших, средних и увеличение малых лимфоцитов. Отсутствовавшие в антенатальном периоде плазмочиты, макрофаги и дегенерирующие клетки выявляются в раннем постнатальном периоде, что объясняется началом воздействия в организм новорожденных факторов внешней среды.

Литература:

1. Хлыстова З.С., Шмелева С.П., Калинина И.И., Работникова Е.Л., Минина Т.А., Рябчиков О.П. карта заселения органов иммунной системы эмбриона и плода человека т- и В-лимфоцитами и начало эндокринной функции тимуса // иммунология.-2002.-№2.-с.80-82

2. Хлыстова З.С. Становление системы иммуногенеза плода человека: Морфологические аспекты. - М., 1987.- 256с.

3. Стефанов С.Б. Визуальная классификация при количественном сравнении изображений // Арх. анат., гистологии и эмбриологии.-1985.-№2.-с.78-83.

Дамудың перинатальды кезеңдегі шажырқай және трахеобронхиальды лимфа түйіндерінің функциональды аймақтарындағы клеткалардың динамикасы

Ж.Е. Көмекбай, Т.Ж. Умбетов

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қаласы

Перинатальды кезеңдегі ұрық пен жаңа туылғандардың шажырқай және трахеобронхиальды лимфа түйіндерінің функциональды аймақтарының клеткалық құрамы зерттелді. Біртіндеп үлкен, орташа лимфоциттердің пайыздық құрамының азаюы және кіші лимфоциттердің көбеюі байқалды. Дамудың антенатальды кезеңінде кездеспеген плазмочиттер, макрофагтар ерте постнатальды кезеңде анықталды.

The dynamics of containing the cells in the functional zones of mesenterial and tracheobronchial lymphatic knots in perinatal period of developing

J.E. Komekbay, T.J. Umbetov

Marat Ospanov State Medical University of West Kazakhstan, Aktobe city

The cell structure of the functional zones of the lymphatic knots were investigated in perinatal period of development. The gradual decrease of percental maintenance of the large and middle lymphocytes and increase of small lymphocytes were observed. The plasmocytes, macrophages were met in an early postnatal period.

УДК 615.451.16 : 615.099 : 616.36

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ ЭКСТРАКТА ИЗ КОРНЕЙ ДЕВЯСИЛА ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

А.А. Рамазанова, Г.А. Журабекова, Н.М. Мавлюдова, Н.А. Нугманова

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М.Оспанова, г.Актөбе

Актуальность: Одной из наиболее актуальных проблем современной экологической медицины и, в частности экологической и восстановительной гепатологии, является хроническая и острая экзогенная интоксикация, при которой наиболее часто поражается печень – один из важнейших органов поддержания гомеостаза и детоксикации организма [1].

Доказано, что печень и микрофлора кишечника участвуют в процессах печеночно-кишечной рециркуляции различных органических и неорганических соединений. Следовательно, печень и микрофлора пищеварительного тракта являются двумя взаимосвязанными детоксикационными системами микроорганизма. При этом повреждение печеночных клеток, снижение их функциональной активности неизбежно ведет к увеличению воздействия токсических веществ на кишечную

микрофлору, что может являться причиной нарушений микробиоценоза кишечника, в свою очередь, эти нарушения индуцируют детоксикационную функцию микрофлоры, тем самым увеличивая токсическую нагрузку на печень [2, 3].

Наиболее частыми причинами токсического поражения печени в отечественной социокультурной среде являются алкоголь и лекарства. Как известно, организм человека, его органы, ткани, клетки обладают эволюционно закрепленным свойством - сохранения постоянства внутренней среды. Устойчивость метаболической, иммунологической, структурной составляющих гомеостаза обеспечивается многочисленными разноуровневыми механизмами, среди которых особое внимание в последнее время уделяется процессам пероксидации липидов (Глебов А.Н., Зинчук В.В., 2006; Калянова Н.А.,

2002; Катикова О.Ю. 2003; Кухарчук В.В., 2003; Stephen A.Harrison, 2009). Их интенсификация при воспалительных поражениях печени приводит к избыточному образованию оксидантов. Недостаточное образование антиоксидантов нарушает сбалансированность в системе ПОЛ-АОЗ с нарушением перекисного гомеостаза и развитием эндотоксикоза.

Печень принимает на себя основной удар в первую очередь при пероральном приеме лекарств, особенно обладающих выраженным эффектом "первого пассажа". Захват большинства ксенобиотиков осуществляется неспецифическим путем посредством диффузии из синусоидов через мембрану гепатоцитов. Обратная диффузия, как правило, затруднена ввиду связывания вещества со специфическими внутриклеточными белками. Последние, в свою очередь, осуществляют его перенос в эндоплазматический ретикулум, где протекают основные процессы метаболизма, и в желчные канальцы, транспортные белки которых участвуют в экскреции метаболитов в желчь [4].

К препаратам с облигатным, то есть дозозависимым и воспроизводимым на лабораторных животных гепатотоксическим действием с полным основанием можно отнести только парацетамол. Все остальные лекарственные средства проявляют повреждающие свойства лишь у некоторых лиц вследствие развития идиосинкратических реакций. В таблице 1 приведены патогистологические варианты поражения печени, развивающиеся на фоне приема конкретных препаратов.

В ассортименте лекарственных препаратов, применяемых в комплексной терапии для лечения заболеваний печени, выделяют небольшую группу веществ, действие которых направлено на восстановление гомеостаза печени, нормализацию активности органа и стимуляцию регенеративных процессов – гепатопротекторы, которые составляют 9,2 % от общего количества лекарственных средств [5]. Представляется перспективным изучение гепатопротекторных свойств фитопрепаратов при лекарственных гепатопатиях.

Цель исследования: Исследование лечебных свойств экстракта из корней девясила при лекарственной гепатопатии в эксперименте.

Материал и методы исследования: Эксперимент проведен на 65 белых беспородных крысах самцах. 1-ая группа – контрольная, животные этой группы внутривенно в течение 2-х дней получали водопроводную воду по 2мл. Во второй группе животным вводили парацетамол в дозе 500мг/кг массы тела в течение 2-х дней. Животные третьей группы предварительно до введения парацетамола в течение 14 дней получали внутривенно масляный экстракт из корней девясила в дозе 1мл/кг. Животных выводили из эксперимента путем декапитации под легким эфирным наркозом. Произведен забор крови для биохимического исследования и для гистологического исследования изъята печень.

В крови определяли ферменты-маркеры цитолиза: АлАТ, АсАТ, ЩФ, ЛДГ; содержание тимоловой пробы, с помощью наборов Bio-la-test фирмы «Lachema» (Чехия).

Результаты обработаны по параметрическому t-критерию Стьюдента с определением средней арифметической (M) и ее стандартной ошибки (m).

Биоптаты печени фиксировали в 10% растворе формалина, затем проводка через спирты возрастающей крепости, окраска гематоксилин-эозином.

Полученные результаты и их обсуждение:

Во 2-ой группе животных в сравнении с 1-ой, отмечается полнокровие, застой и внутрисосудистый гемолиз. Стенки сосудов центральных сосудов расширены, резко набухшие пропитаны кровью и плазмой, отмечается периваскулярный отек, разрушение сосудистой стенки.

Во многих полях зрения отмечается некроз гепатоцитов, местами они сливаются образуя обширные поля некроза с деструкцией. В клетках происходит исчезновение ядер и контуров цитоплазмы. Страдает балочная структура печени.

По периферии структура печени более или менее сохранна. Гепатоциты менее подверглись некробиотическим процессам. Лишь отмечается картина дистрофии, преобладание гидropической, белковой, местами с пролиферацией гепатоцитов с единичными многоядерными клетками и лимфоидной реакцией в строме.

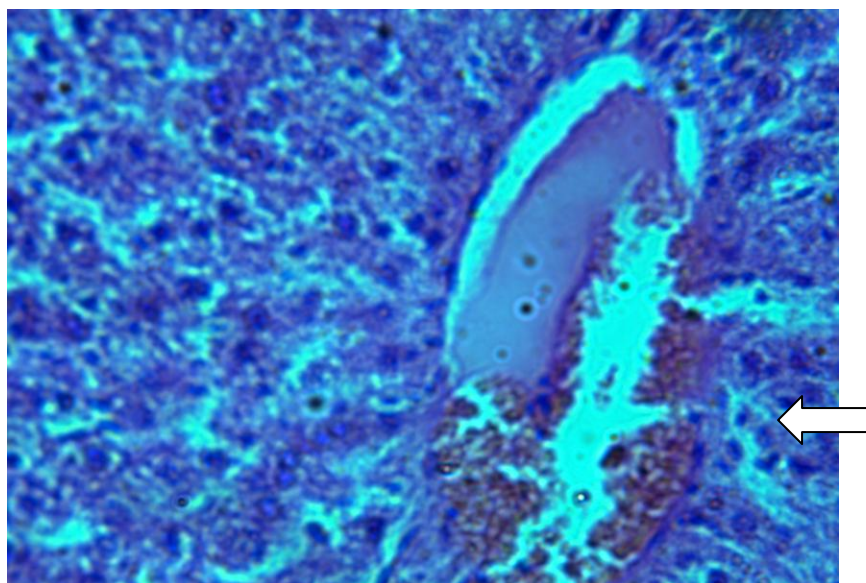


Рисунок 1. Выраженная сосудистая реакция: разрушение сосудистой стенки, гемолиз, периваскулярный отек. Окр.Г-Э. Увл.×100

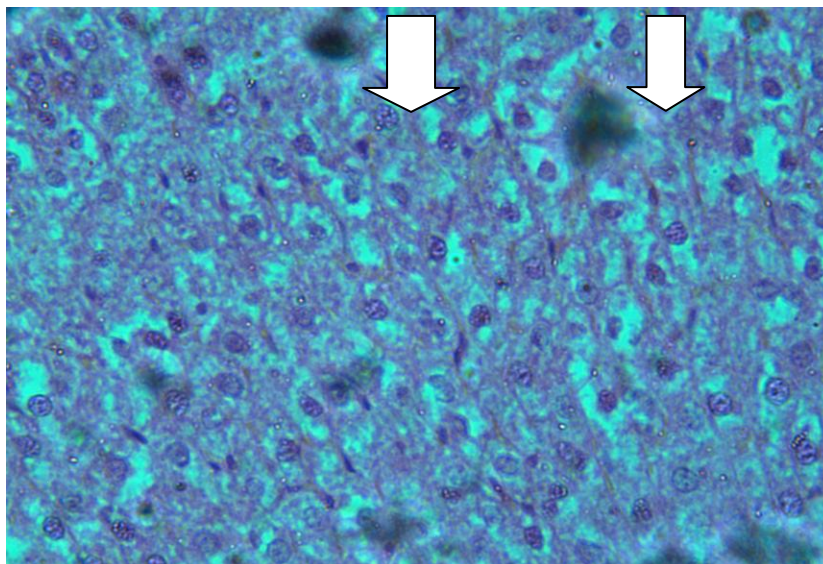


Рисунок 2. Гидропическая, белковая дистрофия гепатоцитов.
Окр.Г-Э. Увл.×100.

В третьей группе животных получавших предварительно до интоксикации парацетамолом масляный экстракт отмечается незначительный отек стромы и паренхимы с периваскулярным отеком, со стазом в сосудах. Стенки сосудов сохранены, с четкой дифференцией. Центролобулярно полнокровные сосуды, в сравнении с основной группой гепатоциты менее подверглись токсическому воздействию. По периферии компенсаторная реакция проявилась явлением белковой зернистой дистрофией, с очагами гиалиново-капельной дистрофией гепатоцитов. Цитоплазма и ядро клеток хорошо визуализируются. Структура ткани печени сохранена.

По данным биохимического исследования: при введении парацетамола у животных 2-группы по отношению к контрольной группе активность ферментов цитолиза АлАТ и АсАТ в крови увеличилась в 2,73 и 2 раза. Показатели ЩФ и ЛДГ увеличилась в крови в 1,39 и 2,32 раза соответственно по отношению к 1-й группе. При введении парацетамола показатели тимоловой пробы по сравнению с контролем повышается в 3,39 раза. Это свидетельствует о цитолизе в гепатоцитах и выраженности мезенхимального воспаления.

В третьей группе животных получавших МЭКД предварительно до интоксикации парацетамолом отмечается снижение показателей АлАТ и АсАТ в 2,09 и 1,85 раза ниже, чем в группе животных с парацетамоловым гепатитом. Профилактическое введение масляного экстракта предупреждало повышение активности фермента ЛДГ и ЩФ. Содержание ЛДГ в крови было в 2,24 раза ниже, чем в группе животных с парацетамоловым гепатитом. ЩФ в крови снизился на 28,37% по сравнению с группой с токсическим гепатитом. Введение масляного экстракта корня девясила животным с моделью токсического парацетамолового гепатита предупреждало повышение показателя тимоловой пробы и было в 2,81

раза ниже, чем в группе животных с парацетамоловым гепатитом.

Таким образом, предварительное введение масляного экстракта предупреждает развитие цитолиза и мезенхимального воспаления.

Выводы:

1. Парацетамол вызывает токсический гепатит, который подтверждается биохимическими изменениями в крови и морфологическими изменениями в ткани печени.

2. Предварительное введение масляного экстракта корней девясила предупреждает развитие токсических изменений в печени.

Литература:

1. Копылова Л.Е. Печень и печеночные лимфатические узлы матери и потомства при физиологической и осложненной беременности в условиях фармако- и фитокоррекции. к.м.н., Новосибирск -2009
2. Панина Т.В. Изучение влияния препарата «Гепопро» на функцию печени животных / Т.А. Панина, Б.В. Уша // Живые системы и биологическая безопасность населения: материалы VI Международной научной конференции студентов и молодых ученых. – М.: МГПБ, 2007. – С. 256.
3. Панина Т.В. «Применение пробиотика-гепатопротектора при токсических поражениях печени у собак». 16.00.02 – патология, онкология и морфология животных 16.00.03 – ветеринарная микробиология, вирусология, эпизоотология, микология с микотоксикологией и иммунология, к.в.н., Москва 2009
4. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Рук-во для врачей. 2-е изд. М.: ООО "Изд-дат. дом "М-Вести", 2005.
5. Буеверов А. О. Лекарственные поражения печени. РМЖ. 2001; 9 (13–14).

Дәрілік интоксикация кезінде андыз тамырының майлы сығындысының гепатопротекторлық әсерінің морфологиялық ерекшеліктері

А.А. Рамазанова, Г.А. Журабекова, Н.М. Мавлюдова, Н.А. Нугманова

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтобе қ.

Андыз тамырының майлы сығындысы алдын-ала колданғанда бауыр тіндерінің токсикалық өзгерістерін болдырмайды.

Morphological features of hepatoprotective property Inula helenium L's oil in a medicamental intoxication

A.A. Ramazanova, G.A. Zhurabekova, N.M. Mavlyudova, N.A. Nugmanova

West – Kazakhstan State Medical University named after M.Ospanov, Aktobe city

Preliminary introduction of Inula helenium L's oil in paracetamol hepatitis, which prevents toxic defeat of liver.

УДК 616.71-007.234

ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

С.А. Кабылова, Ж.Е. Акылжанова

Государственный медицинский университет г.Семей

Остеопороз является актуальной проблемой современной медицины в связи со значительными масштабами распространённости и социально-экономического ущерба, внедрением в клиническую практику современных и эффективных методов его диагностики, лечения и профилактики [1]. Это одна из основных проблем, которым посвящена Декада костно-суставных нарушений, объявленная ВОЗ в 2000 г. с целью привлечения внимания общества к поиску путей её решения [2].

Согласно определению ВОЗ под остеопорозом понимают системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и микроархитектурными повреждениями костной ткани, которые ведут к увеличению хрупкости кости и повышению риска переломов [3,4]. Остеопению можно определить как снижение костной массы, предшествующее по степени своей выраженности стадии остеопороза, без микроархитектурных повреждений кости [1]. Можно сравнить остеопенический синдром с состоянием «предболезни», которое, являясь патологическим по сути, требует активного выявления и коррекции с целью недопущения трансформации его в остеопороз.

Считается, что степень риска переломов в течение жизни определяется процессами активной минерализации костной ткани в течение первых двух десятилетий формирования скелета [5]. Наибольший прирост минеральной костной плотности (МКП) отмечается в пубертатный период, к его завершению уровень костной массы в большинстве участков скелета достигает 86%, а в

отдельных участках – 100% костной массы взрослого человека. [6,7]. То есть в юношестве активные процессы костеобразования обеспечивают накопление пика костной массы (ПКМ), который затем поддерживается в зрелости, а в пожилом возрасте снижается, что ведёт к переломам [8].

Вторым важным фактором является скорость снижения костной массы у взрослых. У женщин как пик костной массы ниже, чем у мужчин, так и причин, ведущих к ее уменьшению, больше. Поэтому внимание исследователей, занимающихся проблемой профилактики и коррекции остеопороза, сконцентрировано именно на лицах женского пола.

Факторы риска развития остеопенического синдрома многообразны. Учет модифицируемых факторов риска может вестить существенный вклад в профилактику снижения МПКТ.

Цель исследования: Определить основные факторы риска развития остеопенического синдрома у женщин репродуктивного возраста и их структуру в зависимости от уровня МПКТ в условиях г.Павлодар.

Материалы и методы:

Всего в рамках исследования были обследованы 2741 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 49 лет). Распределение данных женщин в зависимости от возраста (по пятилетиям) представлено на рисунке 1.

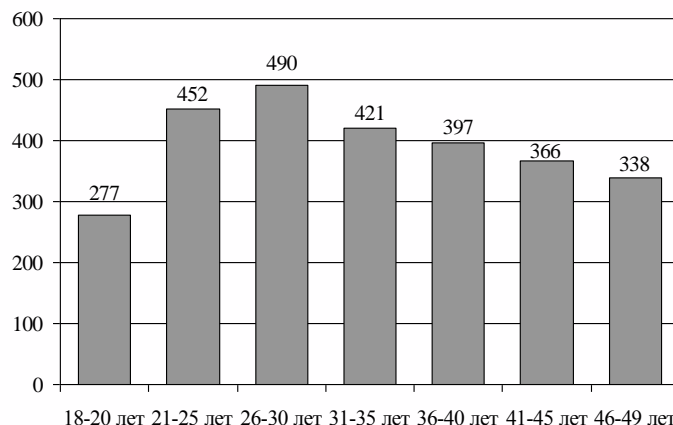


Рисунок 1 - Возрастное распределение женщин группы эпидемиологического исследования

Наибольшая численность была у возрастной категории обследованных 26-30 лет (17,9%), наименьшая – у меньшей по охватываемому возрастному периоду категория 18-20 лет (10,1%).

В возрастных категориях старше 30 лет численность обследованных постепенно снижалась, в последней (46-49 лет) относительное число их составило 12,3%.

Общая группа обследованных женщин была репрезентативной популяционной группе женщин репродуктивного возраста, численность которой равнялась

198651 человек и составила 1,4% от соответствующей популяции.

Исследование факторов риска осуществлялось путем использования специально разработанного (на базе существующих аналогов) опросника, анализ результатов которого осуществлялся с учетом данных амбулаторных карт.

Определение МПКТ проведено с помощью ультразвуковой денситометрии.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные, характеризующие частоту выделенных факторов риска, представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Частота факторов риска у женщин с различным уровнем показателей МПКТ

Фактор риска	Нормальная МПКТ, n=1758		Остеопения, n=840		Остеопороз, n=143	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Антропометрические данные:						
- рост ниже 150 см	207	11,8±0,8	109	13,0±1,2	31	21,7±3,4
- индекс массы тела меньше 22 кг/м ²	312	17,7±0,9	161	19,2±1,4	36	25,2±3,6
Гинекологический анамнез и патология:						
- позднее наступление менархе	152	8,6±0,7	81	9,6±1,0	19	13,3±2,8
- нарушения менархе	685	39,0±1,2	361	43,0±1,7	89	62,2±4,1
- наличие дисфункциональных маточных кровотечений	547	31,1±1,1	315	37,5±1,7	66	46,2±4,2
- нарушения менструального цикла	824	46,9±1,2	437	52,0±1,7	88	61,5±4,1
- эндометриоз	83	4,7±0,5	49	5,8±0,8	15	10,5±2,6
- операции на придатках матки в анамнезе	46	2,6±0,4	31	3,7±0,7	12	8,4±2,3
Акушерский анамнез:						
- число родов более 3	173	9,8±0,7	119	14,2±1,2	27	18,9±3,3
- период лактации после последней беременности и более 6 мес.	575	32,7±1,1	316	37,6±1,7	75	52,4±4,2
- наличие интервала между родами менее 2 лет в течение последних 10 лет	109	6,2±0,6	59	7,0±0,9	15	10,5±2,6
- применение гормональных контрацептивов	649	36,9±1,2	355	42,3±1,7	66	46,2±4,2
Дисплазия соединительной ткани	107	6,1±0,6	67	8,0±0,9	16	11,2±2,6
Системные заболевания соединительной ткани:						
- ревматоидный артрит	1	0,1±0,1	6	0,7±0,3	9	6,3±2,0
- системная красная волчанка	0	0,0	3	0,4±0,2	8	5,6±1,9
- системная склеродермия	0	0,0	3	0,4±0,2	3	2,1±1,2
- системный васкулит	1	0,1±0,1	2	0,2±0,2	2	1,4±1,0
- узловатая эритема	1	0,1±0,1	2	0,2±0,2	4	2,8±1,4
- болезнь Бехтерева	2	0,1±0,1	4	0,5±0,2	6	4,2±1,7
- болезнь Рейно	1	0,1±0,1	3	0,4±0,2	1	0,7±0,7
Заболевания ЖКТ:						
Хронический гастрит	374	21,3±1,0	215	25,6±1,5	38	26,6±3,7
Язвенная болезнь желудка и ДПК	30	1,7±0,3	16	1,9±0,5	3	2,1±1,2
Эндокринные заболевания						
- заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся гипофункцией органа	172	9,8±0,7	97	11,5±1,1	22	15,4±3,0
- заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся гиперфункцией органа	21	1,2±0,3	39	4,6±0,7	14	9,8±2,5
- заболевания щитовидной железы с аутоиммунным тиреоидитом	212	12,1±0,8	98	11,7±1,1	18	12,6±2,8
- гипопитуитарный низм	0	0,0	2	0,2±0,2	3	2,1±1,2
- патология надпочечников	1	0,1±0,1	4	0,5±0,2	2	1,4±1,0
Патология органов дыхания:						
- бронхиальная астма	68	3,9±0,5	49	5,8±0,8	11	7,7±2,2
- хронический obstructивный бронхит	29	1,6±0,3	19	2,3±0,5	4	2,8±1,4
Сердечно-сосудистые заболевания						
- артериальная гипертония	83	4,7±0,5	88	10,5±1,1	17	11,9±2,7
- хроническая ревматическая болезнь сердца	24	1,4±0,3	12	1,4±0,4	3	2,1±1,2
- нарушения церебрального кровообращения (в анамнезе)	7	0,4±0,2	3	0,4±0,2	1	0,7±0,7
Анемия	448	25,5±1,0	222	26,4±1,5	45	31,5±3,9
Хронические заболевания почек						
- пиелонефрит	450	25,6±1,0	249	29,6±1,6	43	30,1±3,8
- гломерулонефрит	14	0,8±0,2	19	2,3±0,5	8	5,6±1,9
Хронические инфекционные заболевания:						
- туберкулез	16	0,9±0,2	13	1,5±0,4	7	4,9±1,8
- бруцеллез	12	0,7±0,2	10	1,2±0,4	3	2,1±1,2
Применение системных глюкокортикостероидов в анамнезе или на момент обследования	9	0,5±0,2	14	1,7±0,4	9	6,3±2,0
Применение ингаляционных глюкокортикостероидов в анамнезе или на момент обследования	23	1,3±0,3	22	2,6±0,6	10	7,0±2,1
Вредные привычки:						
- курение	320	18,2±0,9	271	32,3±1,6	55	38,5±4,1
- злоупотребление алкоголем	128	7,3±0,6	103	12,3±1,1	24	16,8±3,1

Одной из существенных составляющих в структуре факторов риска остеопенического синдрома на основании проведенных ранее исследований считают определенные антропометрические данные, а именно астенический тип телосложения и небольшую длину тела. В нашем исследовании было выявлено наличие достоверного превышения женщин с ростом ниже 150 см в группе остеопороза ($p < 0,01$), но не остеопении в отношении группы обследованных с нормальной МПКТ. В отношении снижения индекса массы тела отмечалась аналогичная закономерность также для остеопороза при выделении группы с ИМТ меньше 22 кг/м^2 ($p < 0,05$).

Определенную роль в формировании остеопении и остеопороза играют предшествующие беременности, сопровождающиеся потерями кальция и фосфора, а также нарушения гормонального статуса, связанные с репродуктивными дисфункциями. Поэтому последние считаются факторами риска развития остеопенического синдрома.

При анализе гинекологического анамнеза было выявлено превышение частоты наступления позднего менархе в группе остеопении и остеопороза (недостоверное), наличие нарушений менструальной функции (достоверное в подгруппе остеопороза, $p < 0,01$), включая наличие дисфункциональных маточных кровотечений (аналогично, $p < 0,01$), наличие эндометриоза отмечалось в подгруппе остеопороза в 2 раза чаще, чем при нормальной МПКТ ($p < 0,01$). Имелось более чем трехкратное, но недостоверное, превышение частоты операций на придатках матки в анамнезе в подгруппе остеопороза.

При анализе акушерского анамнеза в обеих группах снижения МПКТ отмечалось превышение частоты женщин с числом родов 3 и более ($p < 0,05$; $p < 0,05$), с длительным периодом лактации ($p < 0,05$; $p < 0,01$), частыми родами (интервал менее 2-х лет) – только в подгруппе остеопороза ($p < 0,05$). В этой же подгруппе имело место достоверное превышение частоты применения гормональных контрацептивов ($p < 0,05$).

Кроме того, был проведен анализ частоты других факторов риска, включая сопутствующую соматическую патологию и вредные привычки.

Среди последних выделены системные заболевания соединительной ткани, частота остеопении при которых была в 12 раз, а остеопороза – почти в 100 раз выше, чем в группе сравнения. Среди данных факторов риска в популяции превалировал ревматоидный артрит, системная красная волчанка и болезнь Бехтерева. Отмечалась также более высокая частота заболеваний желудочно-кишечного тракта у женщин с остеопеническим синдромом, однако различия с группой с нормальной МПКТ были недостоверны. В структуре факторов риска превалировали также эндокринные заболевания, сопровождающиеся нарушением функции органа. В том числе, наибольшее превышение частоты патологий костной ткани отмечалось при гиперфункции органа. Кроме того, в качестве выявленных причин снижения МПКТ следует отметить патологию гипофиза и надпочечников.

Хронические заболевания органов дыхания оказывают неблагоприятное влияние на состояние МПКТ двумя путями – посредством метаболических нарушений, общих для всего организма, и в ходе лечения – при применении глюкокортикостероидной терапии. Как в случае бронхиальной астмы, так и хронического obstructивного бронхита отмечалось превышение частоты снижения МПКТ, хотя различия с группой, находя-

щейся в пределах нормативных показателей, были недостоверными.

Аналогично негативно влияние на состояние костной ткани оказывает наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Наиболее значительные различия между группами обследованных женщин (остеопороз и нормальная МПКТ) были выявлены при наличии артериальной гипертонии – в 2,5 раза ($p < 0,05$). Относительно небольшое число случаев ревматической болезни сердца и нарушения церебрального кровообращения не позволили сделать определенных заключений по МПКТ при данной патологии.

Несколько (недостоверно) выше в случаях наличия остеопенического синдрома была частота анемии, пиелонефрита. Среди прочих хронических заболеваний почек гломерулонефрит ассоциировался с резким повышением частоты случаев остеопенического синдрома как на уровне остеопении, так и остеопороза. При хронических инфекционных заболеваниях, таких как туберкулез и бруцеллез, частота остеопороза превышала группу нормальной МПКТ в 3-5 раз.

Одним из важных факторов развития снижения МПКТ является системное применение глюкокортикостероидных препаратов. В нашем исследовании была подтверждена данная особенность в обеих группах снижения МПКТ. Различия с контролем по остеопении составляли более 3 раз, а по остеопорозу – более 12 раз ($p < 0,05$). Также имело место превышение и по частоте развития остеопенического синдрома на фоне применения ингаляционных глюкокортикостероидов, однако, менее выраженные, чем при использовании системных гормональных препаратов.

Одним из важных факторов риска развития снижения МПКТ в современных условиях считают курение. К сожалению, частота данной вредной привычки в женской популяции увеличивается. В нашем исследовании было выявлено превышение частоты курения как фактора риска при остеопении в 1,8 раза, а при остеопорозе – более чем в 2 раза по отношению к группе без снижения МПКТ. Другим существенным социальным фактором может являться злоупотребление алкоголем. Данная аддикция была определена в группе остеопении в 1,7 раза, а в группе остеопороза – в 2,2 раза чаще, чем у женщин без нарушений МПКТ.

Таким образом, в результате исследования была выявлена структура факторов риска развития остеопенического синдрома у женщин репродуктивного возраста в условиях г.Павлодар.

В таблице 2 представлены данные, характеризующие наличие и выраженность корреляционных связей частоты факторов риска с возрастом женщин.

Нами было зарегистрировано наличие разнонаправленных и в большей части случаев достоверных корреляционных связей исследованных факторов риска и возраста женщин обследованной совокупности. Для более точной верификации направленности распределения некоторых факторов риска нами был осуществлен анализ в двух основных выделенных возрастных категориях: от 18 до 35 лет и от 36 до 49 лет включительно, а также в генеральной совокупности данных.

Зависимости антропометрических данных от возраста были умеренными. Так, в младшей возрастной группе не было достоверных взаимосвязей роста ниже 150 см с возрастом, в старшей и по генеральной совокупности – степень корреляции была умеренной ($p < 0,05$).

Таблица 2 - Корреляционные связи частоты основных факторов риска остеопенического синдрома с возрастом

Фактор риска	Возрастные категории					
	18-35 лет		36-49 лет		по генеральной совокупности	
	г	р	г	р	г	р
Рост ниже 150 см	0,17	>0,05	0,23	<0,05	0,21	<0,05
Индекс массы тела меньше 22 кг/м ²	-0,28	<0,05	-0,31	<0,05	-0,30	<0,05
Нарушения менархе	-0,25	<0,05	-0,14	>0,05	-0,23	<0,05
Наличие дисфункциональных маточных кровотечений	0,31	<0,05	0,55	<0,001	0,47	<0,01
Нарушения менструального цикла	0,30	<0,05	0,51	<0,01	0,44	<0,01
Число родов более 3	0,12	>0,05	0,24	<0,05	0,27	<0,05
Период лактации после последней беременности более 6 мес.	0,22	<0,05	0,18	>0,05	0,13	>0,05
Применение гормональных контрацептивов	-0,34	<0,05	0,18	>0,05	-0,14	>0,05
Хронический гастрит	0,61	<0,01	0,70	<0,001	0,68	<0,001
Заболевания щитовидной железы	0,46	<0,01	0,55	<0,001	0,57	<0,001
Анемия	0,34	<0,05	-0,09	>0,05	0,16	>0,05
Пиелонефрит	0,71	<0,001	0,80	<0,001	0,79	<0,001
Курение	-0,16	>0,05	-0,23	<0,05	-0,28	<0,05

Более значительные отрицательные связи были выявлены между возрастом и сниженным индексом массы тела ($p < 0,05$ в обеих подгруппах, а также в генеральной совокупности).

Напротив, нарушения менархе как фактора риска остеопенического синдрома имели достоверную прямую связь с возрастом только в младшей подгруппе, а также в генеральной совокупности обследованных женщин ($p < 0,05$ в обоих случаях).

Поскольку развитие дисфункциональных маточных кровотечений происходит в старших возрастных группах, при анализе степени корреляции у женщин от 18 до 35 лет была выявлена лишь минимальная достоверность коэффициента корреляции ($r = 0,31$, $p < 0,05$). Напротив, в группе женщин старшего возраста и в целом по генеральной совокупности корреляции были значительно более выраженными ($r = 0,55$ и $r = 0,47$, $p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно).

Нарушения менструального цикла также значительно чаще наблюдались в старшей возрастной группе и, как показывает превышение коэффициента корреляции ($r = 0,44$, $p < 0,01$) – в значительно большей степени были связаны в ней с возрастом. Высокодостоверной была также степень корреляционных связей между данными параметрами в генеральной совокупности ($p < 0,01$).

Не было выявлено достоверных корреляций по показателю числа родов более 3 и возрастом в категории 18-35 лет, в старшей возрастной категории они были прямыми с коэффициентом $r = 0,24$, а в общей группе – $r = 0,27$ ($p < 0,05$).

Наличие длительного периода лактации после родов и, соответственно, достоверных показателей корреляции с возрастом было характерно только для возрастной категории 18-35 лет ($r = 0,22$, $p < 0,05$).

Применение гормональных контрацептивов было также более характерно для женщин младшей возрастной группы, причем с обратной зависимостью от возраста ($r = -0,34$, $p < 0,05$). В старшей группе зависимость была прямой и недостоверной.

Частота сопутствующих экстрагенитальных заболеваний увеличивалась с возрастом, что определяло

наличие достоверных прямых корреляционных зависимостей. Так, при анализе возрастных корреляций хронического гастрита была выявлена их значительная выраженность (в младшей возрастной группе – $r = 0,61$, $p < 0,01$, в старшей – $r = 0,70$, $p < 0,001$, по общей совокупности – $r = 0,68$, $p < 0,001$). Та же степень достоверности корреляций была выявлена в соответствующих группах при анализе частоты заболеваний щитовидной железы.

Только в младшей возрастной группе прослеживались достоверные корреляционные связи анемии с возрастом ($r = 0,34$, $p < 0,05$).

Очень четко увеличивалась у женщин старшего возраста частота пиелонефрита. Величина коэффициентов корреляции по группам составила $r = 0,71$, $r = 0,80$, а в генеральной совокупности обследованных – $r = 0,79$ ($p < 0,001$ во всех случаях).

Частота курения имела обратные корреляции с возрастом, достоверные в старшей группе и в целом по совокупности обследованных ($p < 0,05$ в обоих случаях).

Заключение:

Результаты проведенного статистического анализа свидетельствовали, что состав ведущих индивидуальных факторов риска остеопенического синдрома на основании данных, полученных в обследованной популяции, оказался следующим:

- 1) для остеопении:
 - курение (дельта R – 14,1)
 - наличие дисфункциональных маточных кровотечений (6,4)
 - артериальная гипертензия (5,8)
 - наличие интервала между родами менее 2 лет в течение последних 10 лет (5,3)
 - нарушения менструального цикла (5,2)
 - злоупотребление алкоголем (5,0)
 - период лактации после последней беременности более 6 мес. (4,9)
 - число родов более 3 (4,3)
 - хронический гастрит (4,3)
 - нарушения менархе – позднее (4,0)
- 2) для остеопороза:
 - курение (дельта R – 20,3)

- период лактации после последней беременности более 6 мес. (19,7)
- наличие дисфункциональных маточных кровотечений (15,0)
- нарушения менструального цикла (14,7)
- нарушения менархе – позднее (13,3)
- рост ниже 150 см (9,9)
- злоупотребление алкоголем (9,5)
- наличие интервала между родами менее 2 лет в течение последних 10 лет (9,2)
- число родов более 3 (9,0)
- заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся гиперфункцией органа (8,6)

Полученные данные могут служить основой для выделения и коррекции ведущих модифицируемых факторов риска снижения МПКТ у женщин репродуктивного возраста.

Литература:

1. Campos L.M.A., Liphaut B.L., Silva C.A.A. et al. Osteoporosis in childhood and adolescence // J. Pediatr. (Rio J.). – 2003. – Vol. 79, N. 6. – P. 481–8.

2. Казимирко В.К., Коваленко В.Н., Мальцев В.И. Остеопороз: патогенез, клиника, профилактика и лечение. – 2-е изд. – К.: МОРИОН, 2006. – 160 с.

3. Беневоленская Л.И. Руководство по остеопорозу. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 524 с.

4. Холодова Е.А., Шепелькевич А.П., Забаровская З.В. Эндокринные остеопатии: особенности патогенеза, диагностики и лечения. Практическое руководство для врачей. – Минск: Белпринт, 2006. – 88 с.

5. Roux C. The living skeleton. – Wolters Kluwer Health France, 2007. – 113 p.

6. Томашевская В.А., Щеплягина Л.А., Ревякина В.А. Минеральная плотность костной ткани у детей, больных бронхиальной астмой // Рос. педиатр. журн. – 2005. – № 6. – С. 36–40.

7. Borges J.L.C., Brandao C.M.A. Low bone mass in children and adolescents // Arq. Bras. Endocrinol. Metab. – 2006. – Vol. 50. – N. 4. – P. 775–82.

8. Беляева Л.М. Современный взгляд на проблему остеопений и остеопороза у детей // Медицинские новости. – 2007. – № 7. – С. 27–32.

ӘӨЖ 612.428:616.617:616.12-071.3-091

ЖЫНЫСЫНА БАЙЛАНЫСТЫ АДАМ НЕСЕПАҒАРЫ МЕН ҚУЫҒЫНЫҢ КІЛЕГЕЙЛІ ҚАБЫҒЫНДА ОРНАЛАСҚАН ЛИМФОИДТЫ ТҮЗІЛІСТЕРІ

М.К. Жаналиева

«Астана медицина университеті» АҚ, Астана қаласы

Кіріспе. Қазіргі кездегі мәліметтердің сараптауында авторлар ас қорыту, тыныс алу жүйелеріндегі қуысты ағзалардың шеткері лимфоидты түзілістердің ғылыми әдебиеттерде несеп-жыныс аппаратына қарағанда дәлірек толығырақ сипатталған. Несепағар мен қуықтың биологиялық препараттарының алуының қиындығына байланысты аз зерттелген. Зәр бөлу ағзаларының лимфоидты түйіншелердің саны, пішіні, өлшемі біз қол жеткізген ғылыми әдебиеттердегі деректерде жинақсыз және бытыраңқы берілген. Әдебиеттерде бұл дәлелдерді түсіндіретін ешқандай деректер жоқ. Сонымен ұсынылған жұмыстың өзектілігі адам жынысына байланысты несеп-ағары мен қуығының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түзілістерінің анатомо-топографиялық ерекшеліктерін анықтау.

Зерттеу мақсаты. Постнаталды онтогенез кезіндегі жынысына байланысты адам несеп-ағары мен қуығының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түзілістерінің анатомо-топографиялық ерекшеліктерін анықтау.

Материалдар және әдістер. II балалық шақ пен егде жас аралығында несеп-ағар мен қуықтың әртүрлі бөлімінің 87 мәйіттен алынған биологиялық препараттар.

Зерттеу нәтижелері. Зәр бөлу жолдарының тоталды препараттары ер және әйел жынысты мәйіттерден алынғанын еске ала отырып, біз постнаталды онтогенездегі жыныстық ерекшелігіне қарай лимфоидты түйіншелерінің жалпы санының көлемін есептедік. Ұл балалардың екінші балалық шағында лимфоидты түйіншелерінің мөлшері 236+25,9 дейін көбейеді, бірақ осы параметрдің мәні төмендейді. II балалық шақтағы ұл балаларымен салыстырғанда, ер жеткен, бой жеткен шақ кезеңде зәр бөлу жолдарындағы лимфоидты түйіншелерінің мөлшері 1,14 есе ($p < 0,05$) кемиді, жетілген шақтың I кезеңінде-1,23 есе егде шақта – 1,75 есе ($p > 0,05$) кемиді.

Әйелдерде берілген көрсеткіштің мәні максимумға дейін көбейеді, II балалық шақта -1,69 есе ($p < 0,05$), ал

кейінгі жаста біртіндеп төмендейді. II балалық шақпен салыстырғанда, бұл көрсеткіш қыздардың ер жеткен, бой жеткен кезеңінде 1,10 есе ($p < 0,05$) кемиді, кемел шақтың I кезеңінде – 1,22 есеге ($p < 0,05$), егде шақта – 1,70 есе ($p < 0,05$), кейінгі кезде әйелдердің зәр бөлу ағзалардағы лимфоидты түйіншелерінің саны жалпылама өседі (1,04 есеге, ($p < 0,05$)).

Берілген 1-кесте әр түрлі жастағы адамдардың зәр бөлу ағзаларындағы лимфоидты түйіншелері санының жынысқа сәйкес ерекшеліктерін анықтауға мүмкіндік берді. Қыздармен салыстырғанда, ұлдарда бұл көрсеткіш 1,18 есе көп ($p > 0,05$). Қарастырылып отырған көрсеткіш жетілген шақтың I кезеңіндегі әйелдермен салыстырғанда, ер адамдарда 1,14 есе көп ($p > 0,05$) зәр бөлу жолдары үшін бұл көрсеткіштің жеке мәні әйелдерге қарағанда, ер адамдарда көбірек.

Біз айтып өткендей II балалық шақта лимфоидты түйіншелерінің саны басымырақ. Бұл сұрақты зерттеу мақсатын көздеуде ерте пренаталды онтогенез мерзімі қойылған жоқ. Биологиялық материалдар ерте балалық шақ пен балалық шақтың I кезеңінде өте сирек. Біз лимфоидты түйіншелердің II балалық шақ кезеңінде көп екенін анықтадық. Біріншіден, біз жастық топтарда нақты анықтап алдық. Екіншіден, бұл бізге жастық диапозонда саралауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар біз медициналық қол жеткен әдебиеттерді пайдаланғанымызда зерттеу барысында алынған нәтижелермен келіспейтінін көрдік.

Зерттеушілердің белгілі бөлігі лимфоидты түйіншілердің санының өсуінің шегі балдырған шақта біздің нәтижелермен әртүрлі. Бұл жағдайда айтып

кететін бір жәйт, біздің аймақта тамақтану шарты және жыныстық жетілудің уақыты басқа ТМД және шет елдерінен ерекше.

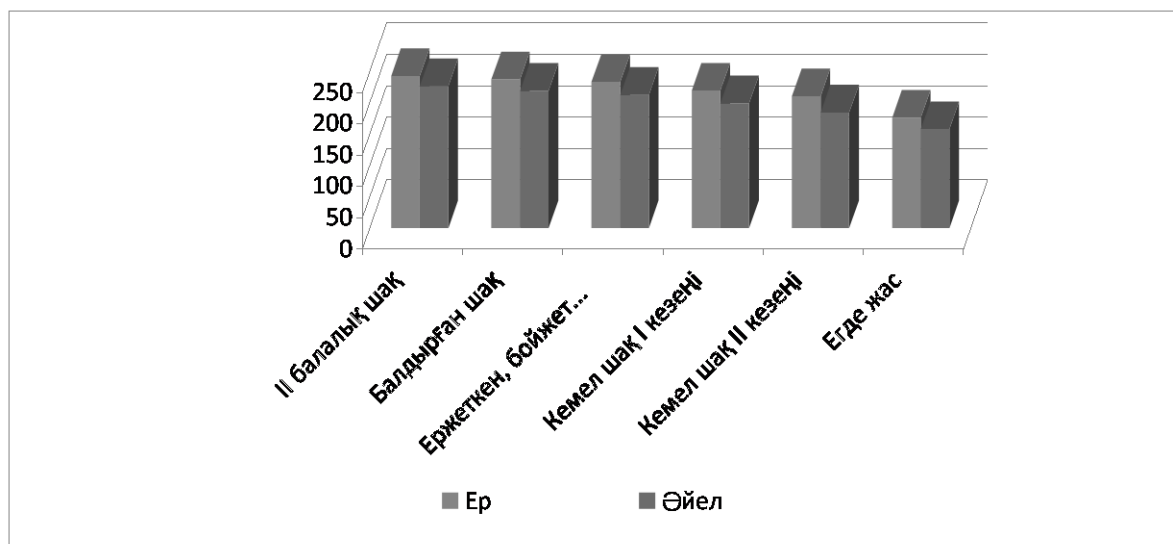
Сонымен ер балалар және ер адамдардағы лимфоидты түйіншілердің мөлшері қыз балаларда және әйелдердегі көрсеткіштен жоғары. Бұл процесс ұзақ уақытты қамтиды. Көрсеткіштердің анық

тұрақтылығы, жыныстық аспект | жыныстық жетілу жасында байқалады. Біздің ойымызша, бұл жағдайда генетикалық детерминациядан өзге тамақтану (ер адамдар үшін су және нәруызы көбінесе, әйел адамдар үшін су және көмірсуы көп тағамдар) жүйесі де маңызды орын алады.

Кесте 1 – Постнаталді онтогенездегі ер және әйел адамдарының зәр бөлу жолы қабырғаларындағы лимфоидты түйіншелерінің жалпы саны

Жасы	Жынысы, несеп шығару жолы қабырғаларындағы лимфоидты түйіншелерінің саны			
	п	Ер адам	п	Әйел адам
Екінші балалық шақ	3	236,0±25,9 192-280	2	217,5±23,9 175-260
Балдырған шақ	4	224,5±24,6 179-270	2	216,±23,7 172-260
Ержеткен, бойжеткен шақ	5	212±23,3 162-262	3	202±22,2 160-244
Кемел шақтың I кезеңі	13	186,2±20,5 140-233	6	183±20,1 136-230
Кемел шақтың II кезеңі	11	182,5±20,0±9,63 135-230	10	178±19,5 130-226
Егде жас	15	15,5±16,5 99-202	13	147±16,17 90-204

Мұндағы; п – бақылаулар саны.



Сурет 1 – Ер және әйел адамдарының зәр бөлу жолы қабырғаларындағы лимфоидты түйіншелерінің жалпы саны

Қорытынды. Ер адамдармен салыстырғанда репродуктивті жасқа дейінгі әйелдерде лимфоидты түйіншелер саны мен орналасу тығыздығының артуы тән, бұл несепарғамен салыстырғанда қуықта көп.

Әдебиет:

1. Адайбаев Т.А., Изтлеуов М.К., Ильясова Э.Т. Морфофункциональные особенности кишечноассоциированной лимфоидной ткани в онтогенезе// Вопросы морфологии и клиники (сборник научных работ, посвя-

щенный 75-летию Казахского национального медицинского университета им.С.Асфендиярова).-Алматы, 2006.-С.8-14.

2. Сапин М.Р и Кахаров З.А. Анатомия лимфоидных узлов в стенках мочевых путей человека. Урология и нефрология. -1988. №5 -6 47-49.

3. Мауль Я.Я. «Анатомия и топография лимфоидных образований прямой кишки человека в постнатальном онтогенезе». Дисс. канд. мед. наук: 14. 00.02. Акмолинская гос. Медицинская Академия. Актөбе 1999-926.

Половые особенности лимфоидных образований слизистой оболочки мочеточников и мочевого пузыря

У женщин по сравнению с мужчинами, до репродуктивного возраста характерно увеличение количества и плотности расположения лимфоидных образований мочевого пузыря и мочеточников, причем в мочевом пузыре больше, чем в мочеточниках.

Sexual characteristics of lymphoid structures of the mucous membrane of ureters and bladder

The increase of number and density of lymphoid formations location of gallbladder and ureter is characterized before reproductive age at women in comparison with men, and in gallbladder is higher than in ureter.

УДК 616.71-007.234-084

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**Ж.Е. Акылжанова, С.А. Кабылова***Государственный медицинский университет г.Семей*

Снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) является потенциальным результатом действия большого числа механизмов различной природы. В частности, выделяют генетические, метаболические, гормональные, поведенческие и другие причины развития остеопении и остеопороза [1,2]. Большое количество факторов риска, прямо не связанных между собой, приводит к достаточной большой частоте патологии в популяции. Кумулятивное действие факторов, характерных только для женской популяции и общих приводит к гораздо более частому наличию заболевания у женщин.

Несмотря на то, что основные проявления (и экономический ущерб) от остеопороза наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста, мероприятия по его профилактике могут быть реально эффективными только в молодом и среднем возрасте, так как развившийся (и тем более глубокий) сенильный остеопороз практически не поддается лечению [3].

Критерием результативности лечения и профилактики остеопенического синдрома является практически исключительно повышение или хотя бы стабилизация МПКТ, особенно у женщин репродуктивного возраста [4]. Для сенильного остеопороза адекватным результатом может считаться и замедление темпов его прогрессирования.

Экономический анализ результативности коррекции остеопенического синдрома у женщин репродуктивного возраста должен учитывать констатацию еще одного факта – во всех случаях это мероприятие затратное, не дающее непосредственных быстрых результатов в виде экономии средств на других лечебных и профилактических мероприятиях. Позитивные экономические результаты от данных мероприятий будут получены в достаточно отдаленном периоде (для женщин репродуктивного возраста – через 15-25 лет).

Этот фактор повлиял на выбор подхода к экономическому анализу коррекции, являвшейся основой нашего исследования, в качестве которого был избран метод «стоимость-эффективность».

Цель работы: Определение соотношений расходов на профилактику и лечение остеопенического синдрома в зависимости от используемого организационно-клинического подхода.

Материалы и методы исследования:

Для определения стоимости профилактики и коррекции остеопенического синдрома были выделены группы женщин, распределенные в зависимости от возраста и степени исходного снижения минеральной плотности костной ткани. В возрастной категории 18-35 лет было обследовано 535 женщин, из которых 260 получали только препараты кальция в сочетании с витамином D3 (группа сравнения), а у 275 женщин осуществлялась комплексная профилактика с учетом выявленных нарушений гормонального статуса, могущих играть роль в патогенезе заболевания.

В возрастной категории 36-49 лет были выделены 4 подгруппы – по степени снижения МПКТ и в зависимости от проводимого лечения. Остеопения имела у 286 обследованных женщин, а степени остеопороза снижение МПКТ достигало у 91 пациентки.

Коррекция снижения МПКТ путем применения комбинированных препаратов кальция проведена у 134 больных с остеопенией, а в сочетании с бисфосфонатами – у 48 больных остеопорозом. В группе профилактики остеопороза при остеопении также, как и в возрасте 18-35 лет использованы препараты кальция в сочетании с ЗГТ, а при лечении остеопороза – комплексная терапия, предусматривающая сочетание использования препаратов кальция, стимуляторов остеогенеза и коррекции факторов риска.

Экономический анализ проводился на основе данных о реальном потреблении медикаментозных препаратов, сведений о ценах на препараты, расходные материалы и услуги на начало 2010 г.

Результаты исследования и их обсуждение:

Результаты исследования динамики МПКТ в выделенных возрастных группах и в старшей группе дополнительно в зависимости от степени выраженности остеопенического синдрома представлены в таблицах 1-3.

Таблица 1 - Динамика МПКТ в зависимости от наличия профилактики остеопороза у женщин в возрасте от 18 до 35 лет

Группа	Динамика МПКТ									
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение более 0,5 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сравнения, n=260	4	1,5	36	13,8	211	81,2	9	3,5	0	0,0
Профилактики, n=275	0	0,0	0	0,0	147	53,5	107	38,9	21	7,6

По отношению к группе сравнения имела четкая динамика показателя МПКТ (t-критерий). Если без проведения профилактики отмечались случаи снижения МПКТ более чем на 0,5 перцентиля, а совокупная частота динамики к снижению показателя составила 15,3%, то в группе профилактики таких изменений минеральной плотности не было зарегистрировано.

В подавляющем большинстве случаев группы сравнения величина t-критерия оставалась без изменений ($\pm 10\%$ от исходной величины). Повышение в пределах 0,5 перцентиля отмечалось только в 3,5% случаев.

В группе профилактики в 46,5% случаев имела динамика к повышению МПКТ в пределах 0,5 перцентиля и более. Во всех остальных случаях величина показателя существенно не изменялась.

При определении динамики среднего значения t-критерия согласно принятой методике расчета в группе сравнения было выявлено снижение показателя относительно исходного в среднем на 0,04 перцентиля на одну обследованную. В группе коррекции, напротив, было зарегистрировано повышение показателя в среднем на 0,13 перцентиля.

Таблица 2 - Динамика МПКТ в зависимости от наличия профилактики остеопороза у женщин в возрасте от 36 до 49 лет

Группа	Динамика МПКТ									
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение более 0,5 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сравнения, n=134	7	5,2	50	37,3	75	56,0	2	1,5	0	0,0
Профилактики, n=152	1	0,7	6	3,9	113	74,3	29	19,1	3	2,0

В группе женщин с остеопенией в возрасте 36-49 лет проведение профилактики также изменяло общую направленность динамики показателей МПКТ.

Так, в группе сравнения было зарегистрировано снижение величины t -критерия в пределах 0,5 перцентиля и более в 38,5% случаев, а при проведении профилактики – только в 4,6%. В значительно большей части случаев была выявлено стабилизация МПКТ в группе профилактики – 74,3% по отношению к 56,0% в группе сравнения.

Число обследованных женщин, у которых наблюдалась тенденция к повышению МПКТ, в группе сравнения

составило только 1,5%, а в группе коррекции достигало 21,1%, в том числе в 2,0% случаев отмечалось увеличение показателя более чем на 0,5 перцентиля.

При анализе средней динамики t -критерия по группам было выявлено не прогрессирующее снижение в группе сравнения, степень которого (на 0,12 перцентиля) значительно превышала таковую в младшем возрасте. Напротив, тенденция к повышению МПКТ у обследованных группы профилактики была значительно более ограниченной и составила только 0,04 перцентиля.

Таблица 3 - Динамика МПКТ в зависимости от лечения остеопороза у женщин в возрасте от 36 до 49 лет

Группа	Динамика МПКТ											
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение 0,5-1,0 перцентиля		повышение более 1,0 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сравнения, n=48	3	6,3	23	47,9	22	45,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Коррекции, n=43	0	0,0	2	4,7	16	37,2	20	46,5	4	9,3	1	2,3

При проведении коррекции уже развившегося остеопороза в группе женщин в возрасте 36-49 лет в значительной части случаев (58,1%) было достигнуто повышение МПКТ. При этом особо следует отметить, что в 11,6% случаев это повышение по t -критерию превысило 0,5 перцентиля.

Напротив, в группе сравнения отмечалась динамика к снижению МПКТ у 54,2% обследованных, а во всех остальных случаях изменений показателя относительно исходных зарегистрировано не было. Следует отметить, что женщины с высокой степенью повышения

МПКТ в процессе коррекции исходно характеризовались молодым возрастом (все – до 38 лет) и наличием корректируемых внешних факторов снижения минеральной плотности (прием ГКС).

В группе сравнения отмечалось быстрое прогрессирующее снижение МПКТ. Степень снижения в среднем составила 0,18 перцентиля в год. Применение методов коррекции МПКТ (в том числе в сочетании со снижением выраженности факторов риска) обеспечило довольно значительное повышение показателя, в среднем достигающее 0,12 перцентиля.

Таблица 4 - Динамика МПКТ в зависимости от варианта проведенной профилактики остеопороза у женщин в возрасте от 18 до 35 лет.

Группа	Динамика МПКТ									
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение более 0,5 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Применение только препарата кальция, n=143	0	0,0	0	0,0	92	64,3	47	32,9	4	2,8
Коррекция факторов риска, n=132	0	0,0	0	0,0	55	41,7	60	45,5	17	12,9

Из данных, представленных в таблице 4 видно, что между группами, выделенными в зависимости от примененной методики профилактики прогрессирования остеопенического синдрома, наблюдались определенные различия. При курсовом применении препарата кальция в соответствии с показаниями стабилизация МПКТ (t -критерий в пределах $\pm 0,1$) наблюдалась при применении методики коррекции с учетом факторов риска в 41,7%, а во второй группе – в 64,3% (RR=1,54, $p < 0,05$). Соответственно, в группах женщин, получавших коррекцию с учетом факторов риска развития остеопенического синдрома, отмечалось увеличение частоты более значительного повышения МПКТ, в том числе

в пределах 0,5 перцентиля – RR=1,38 ($p > 0,05$), а более 0,5 перцентиля – RR=4,61, $p < 0,05$).

Средние значения динамики t -критерия при принятой методике анализа имели динамику к увеличению в обеих клинических группах. В то же время, имелись различия между ними по степени данной динамики. Если при применении только препарата кальция повышение среднего показателя t -критерия составило 0,08 перцентиля, а в группе коррекции с учетом факторов риска – 0,17 перцентиля ($p < 0,05$). В таблице 5 представлена динамика показателей МПКТ при профилактике остеопороза у женщин 36-49 лет с остеопенией.

Таблица 5 - Динамика МПКТ в зависимости от варианта проведенной профилактики остеопороза у женщин с остеопенией в возрасте от 36 до 49 лет

Группа	Динамика МПКТ									
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение более 0,5 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Применение только препарата кальция, n=80	1	1,3	5	6,3	65	81,3	9	11,3	0	0,0
Коррекция с учетом факторов риска, n=72	0	0,0	1	1,4	48	66,7	20	27,8	3	4,2

При применении только препарата кальция в единичных случаях отмечалась динамика к снижению МПКТ, которой практически не было при проведении коррекции с учетом выявленных факторов риска. Процент женщин с остеопеническим синдромом, у которых не отмечалось существенных изменений МПКТ, составил 81,3%, а в группе коррекции с учетом факторов риска – 66,7% (RR-1,21, p>0,05). В то же время, повышение МПКТ отмечалось существенно чаще в группе коррекции с учетом факторов риска. Всего при применении только препарата кальция данный показатель составил 11,3%, а во второй группе – 32,0% (RR=2,83, p<0,05).

Результаты анализа средней динамики t-критерия свидетельствуют, что при применении только препарата кальция у женщин данной возрастной группы с остеопенией не наблюдалось практически никаких изменений средней величины, использование разработанного подхода к коррекции факторов риска соответствовало увеличению показателя на 0,08 перцентиля, т.е., все динамика к росту в данной группе была связана с использованием разработанного подхода.

В таблице 6 представлены аналогичные данные, характеризующие динамику показателей МПКТ у женщин старшей возрастной группы, у которых в исходе исследования было выявлено наличие остеопороза.

Таблица 6 - Динамика МПКТ в зависимости от варианта лечения остеопороза у женщин в возрасте от 36 до 49 лет

Группа	Динамика МПКТ											
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение 0,5-1,0 перцентиля		повышение более 1,0 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Применение препарата кальция и стимулятора остеогенеза, n=23	0	0,0	1	4,3	13	56,5	9	39,1	0	0,0	0	0,0
Коррекция с учетом факторов риска, n=20	0	0,0	1	5,0	3	15,0	11	55,0	4	20,0	1	5,0

Частота снижения МПКТ в сравниваемых группах была минимальной и не имела различий. В то же время, повышение МПКТ значительно чаще наблюдалось при применении препаратов кальция в сочетании со стимуляторами остеогенеза на фоне коррекции факторов риска.

Если в последней группе увеличение МПКТ различной степени отмечалось в 80,0% случаев, то при использовании препарата кальция и стимулятора остеогенеза без учета факторов риска данный показатель составил только 39,1% (RR=2,05, p<0,05).

Значительными были различия и по среднему уровню динамики t-критерия. Если в группе применения методики коррекции с учетом факторов риска она составила 0,23 перцентиля (к повышению), то в группе сравнения – только 0,05 (различия в 4,7 раза, p<0,05).

Для дальнейшего анализа стоимость профилактики и коррекции МПКТ была распределена по этапам (диагностики и собственно коррекции), а также в зависимости от использованного терапевтического подхода (с учетом факторов риска и без такового).

В возрасте 18-35 лет осуществлялось только применение препаратов кальция при диагностировании остеопенического синдрома без учета возможных факторов риска (1 группа) и выявление и учет одного из

наиболее распространенных факторов риска – нарушенный гормональный статус.

В качестве основных компонентов стоимости диагностики и лечения были приняты применение диагностического алгоритма, коррекция факторов риска, применение препарата кальция:

- анкетирование (30 тг.),
- физикальное обследование (47 тг.),
- денситометрия (700 тг.),
- УЗИ органов малого таза (500 тг.),

д) гормональное исследование по показаниям: ФСГ 1155, ЛГ 1155, ПЛ 990, эстрадиол 1650, ПГ 1350, тестостерон 1100, ТТГ 1100. С учетом частоты использования отдельных методов гормонального исследования среди обследованных и их распределения в каждом конкретном случае средняя стоимость гормонального обследования на 1 больную достигала 2000 тг.

- препарат кальция (2100 тг. за месяц при 3-месячном курсе = 6300 тенге за курс)
- ЗГТ (фемостон – 2200 тг., 1 курс)

Расчет общей стоимости осуществлялся по формуле: $a+b+k1*v+g+d+k2*e+k3*ж$

Для группы 1 в состав общей прямой стоимости были включены: анкетирование; физикальное обследование; денситометрия; применение препарата кальция.

Частота проведения диагностических и лечебных мероприятий зависела от эффективности предшествующих циклов терапии, направленной на коррекцию МПКТ:

частота е (курсы применения препарата кальция) = 2,3 (1,0+0,7+0,4+0,2)

частота в (определение МПКТ, включая контрольные обследования) = 3,3.

Соответствующий расчет позволил определить стоимость 1 случая профилактического применения препарата кальция.

Общая стоимость = 30+47+3,3*700+2,3*6300 = 16877 тг.

Результаты его проведения в данной группе были следующими: частота достижения целевого уровня МПКТ = 0,47; повышения МПКТ от 0,1 до 0,5 перцентиля – 0,73; стабилизация МПКТ – 0,27.

В результате стоимость достижения целевого уровня составила 35909 тенге на 1 случай. Стоимость повышения МПКТ в пределах 0,5 перцентиля равнялась 23119 тенге на 1 случай.

Во второй группе при дополнительном проведении анкетирования, исследования содержания гормонов в крови и использовании заместительной терапии (1 курс стандартно у всех пациенток) были получены следующие данные по частоте проведения курсов приема препаратов кальция и денситометрическим исследованиям:

Частота е = 1,6 (1,0+0,4+0,2)

Частота в = 2,6

Общая стоимость обследования и лечения в соответствии с результатами анализа равнялась:

30+47+2,6*700+1,6*6300+0,5*500+0,5*6000 (с учетом использования препарата фемостон)+0,3*2100=15857 тг.

В данной группе частота достижения целевого уровня МПКТ составила 0,54, повышения МПКТ от 0,1 до 0,5 перцентиля – 0,88, стабилизация – 0,12.

Стоимость достижения целевого уровня МПКТ с учетом данных показателей была равна 29365 тенге на 1 случай, стоимость повышения МПКТ – 18019 тенге.

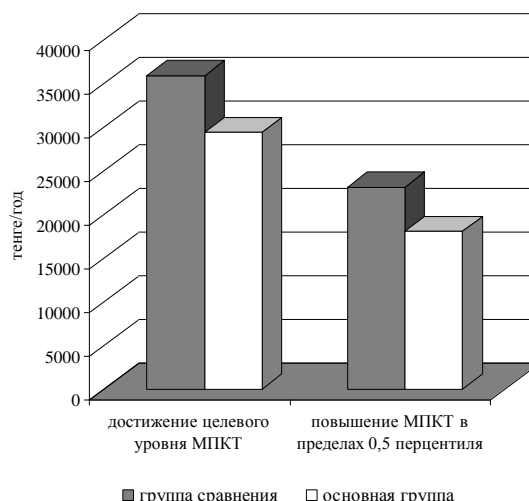


Рисунок 1 – Сравнительная стоимость комплекса лечебно-профилактических мероприятий с учетом частоты повторных циклов при различных вариантах подхода к профилактике остеопороза у женщин в возрасте от 18 до 35 лет

Таблица 7 - Число циклов диагностика/лечение при остеопеническом синдроме у женщин в возрасте от 36 до 49 лет в пересчете на 1 год и их итоговые результаты

Группа	Среднее число циклов	Итоговые (после последнего цикла) результаты							
		снижение		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		нормализация	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Применение только препарата кальция, n=80	2,46± 0,15	6	7,4	65	81,3	9	11,3	0	0,0
Коррекция с учетом факторов риска, n=72	1,70± 0,09*	1	1,4	48	66,7	20	27,8	3	4,2

Примечание - * - различия между группами достоверны, p<0,05

В возрастной категории 36-49 лет в 1 группе, также, как и в ранее рассмотренной категории, было проведено анкетирование, физикальное обследование, денситометрия и применении препарата кальция.

Частота курсового применения препаратов кальция и денситометрических исследований в течение года составила:

е=1,0+0,8+0,7+0,5=3,0

в=4,0

В результате общая стоимость коррекции у 1 больной достигала:

30+47+4,0*700+3,0*6300 = 21777

В данной группе частота достижения целевого уровня МПКТ составила 0,20, повышения МПКТ от 0,1 до 0,5 перцентиля – 0,45, стабилизации – 0,52, снижения в пределах 0,5 перцентиля – 0,03.

В результате стоимость достижения целевого уровня МПКТ составляла 108885 в пересчете на 1 случай, стоимость повышения МПКТ – 48393 тенге на 1 случай.

Во 2 группе был проведен полный комплекс обследований, включенный в исследования по возрастной категории 18-35 лет, кроме УЗИ органов малого таза.

Расчет числа повторных курсов применения препарата кальция и денситометрических обследований дал следующие результаты:

е=1,0+0,7+0,4+0,3=2,4

в=3,4

Общая стоимость применения способа профилактики развития остеопороза в пересчете на 1 пациентку составила:

30+47+3,4*700+2,4*6300+0,8*6000+0,6*2200 = 23697

Таким образом, в отличие от младшей возрастной категории, средняя стоимость данного комплекса лечения была несколько выше, чем в группе 1.

В то же время, в данной группе частота достижения целевого уровня МПКТ была значительно выше, чем в группе 1 и составила 0,31, повышения МПКТ до целевого и/или от 0,1 до 0,5 перцентиля – 0,60, стабилизация – 0,40.

Стоимость достижения целевого уровня МПКТ, соответственно, достигала 76442, а стоимость повышения – 39495 в пересчете на 1 случай, что значительно ниже, чем в группе 1 (рисунок 2).



Рисунок 2 - Сравнительная стоимость комплекса лечебно-профилактических мероприятий при различных вариантах подхода к профилактике остеопороза у женщин в возрасте от 36 до 49 лет

В возрастной категории женщин 36-49 лет с остеопорозом комплекс методов обследования не имел различий с той же группой со снижением МПКТ до уровня остеопении.

В качестве лечения у пациенток первой группы были использованы препараты кальция в сочетании с препаратом из группы бисфосфонатов Бонвива. Во второй группе назначалось комплексное лечение, предусматривающее применение препарата кальция, заместительной гормональной терапии и Бонвива.

В первой группе частота курсового применения препаратов кальция в сочетании с Бонвива и денситометрических исследований в течение периода исследования составила:

$$e=1,0+0,9+0,7+0,7=3,3$$

$$v=4,3$$

Общая стоимость коррекции у 1 больной достигала:
 $30+47+4,3*700+3,3*(6300+22500) = 98127$

В данной группе достижения целевого уровня МПКТ не наблюдалось, частота повышения МПКТ более 0,5 перцентиля составила 0,09, от 0,1 до 0,5 перцентиля – 0,34, стабилизации – 0,47, снижения в пределах 0,5 перцентиля – 0,10.

Стоимость повышения МПКТ более 0,1 перцентиля составила в пересчете на 1 случай – 228202 тенге на 1 случай (за 2 года наблюдения).

Во 2 группе использование препарата кальция и бисфосфоната осуществлялось на фоне повторного применения заместительной гормональной терапии в

соответствии со сформулированными в результате комплексного обследования показаниями.

Расчет числа повторных курсов применения метода коррекции остеопороза и денситометрических обследований дал следующие результаты:

$$e=1,0+0,8+0,6+0,5=2,9$$

$$v=3,9$$

Общая стоимость применения способа коррекции остеопороза в пересчете на 1 пациентку составила:

$$30+47+3,9*700+2,9*(6300+22500)+1,6*2000+1,2*2200 = 92167$$

Высокая стоимость использованного комплекса средств лечения остеопороза обусловила снижение средних затрат при относительно небольшом уменьшении числа проведенных курсов коррекции остеопороза.

Достижения целевого уровня МПКТ не наблюдалось и в данной группе, повышение МПКТ более 0,5 перцентиля имели место в 0,25 случаев, 0,1-0,5 перцентиля – 0,55, стабилизация – 0,15 и снижение – 0,05.

Стоимость повышения уровня МПКТ более чем на 0,5 перцентиля составляла в данной группе 115209 тенге в пересчете на 1 случай, что почти вдвое ниже, чем в группе 1 (рисунок 3).

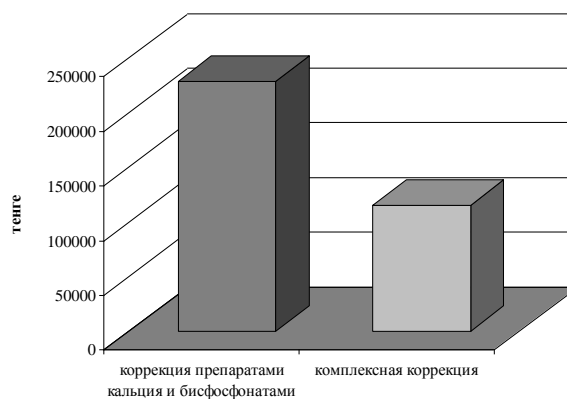


Рисунок 3 - Сравнительная стоимость комплекса лечебно-профилактических мероприятий с учетом эффективности при различных вариантах подхода к лечению остеопороза у женщин в возрасте от 36 до 49 лет

Литература:

1. Марова Е.И. Классификация остеопороза // Остеопороз и остеопатии. – 1998. - №1.
2. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации / под ред. Беневоленской Л.Е., Лесняк О.М. – М., 2005. – 176 с.
3. Рожинская Л.Я. Системный остеопороз. Практическое руководство. – М., 2000. – 196 с.
4. Щербавская Э.А., Кочеткова Е.А., Гельцер Б.И. Кальций-D3 никомед в профилактике остеопенических осложнений у беременных с гестозами // Consilium medicum (Гинекология). – 2002. – Т.4, №1.

УДК 613.94

**ІРІ ӨНЕРКӘСІПТІК АЙМАҚ ХАЛҚЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ
ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ****К.Б. Шегірбаева*****С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті***

Республиканың экономикалық ахуалының негізгі тетіктері бола отырып, мұнай мен газ табиғи ортаның (ауа, су, топырақ, т.б.) ластануының негізгі қайнар көздері болып табылады. Өндіру, тасымалдау, қайта өңдеу және энергетикалық шикізат ретінде пайдалану кезінде олардың жер бетінде қалуы байқалып отыр.

Айта кететін жайт, мониторинг жасамай, табиғатты қорғау шараларын қолданбай, мұнайды және мұнай өнімдерін кең көлемде өндіру, қайта өңдеу және тасымалдау аймақ экологиясына, соның ішінде өнеркәсіптік аймақ халқының денсаулығы мен қоршаған ортаға орны толмас зиян келтіреді [1].

Адам ағзасына қоршаған және өндірістік орталардың көптеген өзгермелі факторлары әсер етеді. Әдетте бұл өзгерістер адам бойында сырқаттық ауытқуларды тудырмайды. Сырқат тек қоршаған және өндірістік орталардың әдеттен тыс әсері, факторлардың сапасы мен қарқынына байланысты қоршаған орта мен ағза арасында тепе теңдіктің бұзылуы кезінде ғана туындайды.

Қазіргі өндірістің көпшілігіне тән негізгі ерекшелік жұмысшылардың ағзасына тек кәсіби емес, сонымен қатар оған тән емес ауытқудың туындауына әсер ететін аз қарқынды факторлардың әсер етуі болып табылады. Ал белгілі бір бөлiктің денсаулық деңгейінің өндірістік-кәсіби жағдайларға тәуелділігін анықтау тек терендетілген әлеуметтік-гигиеналық зерттеулер жүргізу арқылы ғана мүмкін болады [2].

Ірі өндірістік кәсіпорындар өз қызметкерлерінің денсаулығын қорғауға айтарлықтай көп қаражат жұмсайды. Осы қаражатты тиімді пайдалану маңызды міндет болып табылады. Денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру барысында кәсіпорын жетекшілері, ең алдымен, өз қызметкерлерінің денсаулығын сақтаудың әлеуметтік аспектілерін толығымен шешу қажеттілігін басшылыққа алады. Бірақ нарықтық экономика жағдайында экономикалық фактордың мәні арта түседі, себебі медициналық көмектің мазмұны мен көлемі айтарлықтай деңгейде қаржылық мүмкіндіктермен анықталады. Экономикалық аспектіні өндірістік кәсіпорын қызметкерлеріне қызмет көрсететін медициналық мекемелер желісінің жұмыс тиімділігін анықтау үдерісінде де қарастырған жөн [3].

Шығындардың деңгейі мен мазмұнына денсаулық сақтау жүйесінің жалпы желісіндегі өндірістік кәсіпорын қызметкерлеріне медициналық көмекті ұйымдастыру ерекшеліктері де әсер етеді. Бұл жерде екі негізгі бағытты бөліп қарастыруға болады.

Біріншіден, ірі өндірістік кәсіпорындарда медициналық көмек көрсетуге арналған өзіндік материалдық-техникалық база болса, оның қызметкерлері басқа азаматтармен салыстырғанда белгілі бір артықшылықтарға ие болады. Себебі олар денсаулық сақтау жалпы желісінің медициналық мекемелерінде жұмыс орны бойынша да (өндірістік қағида), тұрғылықты жері бойынша да (территориялық қағида) білікті көмек ала алады.

Екіншіден, көрсетілетін медициналық көмектің мазмұны да түрліше болып келеді. Мысалы, халыққа медициналық қызмет көрсету бағдарламасында негізінен емдеуге кететін шығындар қарастырылады, ал өндірістік денсаулық сақтаудың басты мақсаты тек жоғары сапалы медициналық көмек көрсету ғана емес, сонымен қатар қызмет көрсетілетін қызметкерлердің еңбегін қорғау

арқылы аурудың алдын алу болып табылады. Бұл кәсіпорын тарапынан қосымша қаражатты талап етеді.

Осыған сәйкес өндірістік кәсіпорын халық денсаулығын қорғау саласында өз қызметкерлерінің алдында да, қоғам (мемлекет) алдында да белгілі бір міндеткерліктерге ие болады. Кәсіпорын өз қызметкерлерін міндетті медициналық сақтандыру жүйесінде сақтандыруға міндетті. Мұнда екі мақсат көзделген: кәсіпорын қызметкерлеріне медициналық қызмет көрсетудің кепілденген төменгі деңгейін қамтамасыз ету және ММС жүйесінің жалпы желісін қаржыландыруға қатысу. Бірінші мақсат қызметкерге міндетті сақтандыру жүйесімен қарастырылған көлем мен сапада медициналық көмек алу құқығына кепілдік берсе, екіншісі міндетті медициналық сақтандыру жүйесінің «Бай кедей үшін, дені сау науқас үшін төлейді» деген негізгі қағидаларының бірін, яғни қоғамдық ынтымақтастық қағидасын жүзеге асыруды көздейді.

Мұнайшы-қызметкерлердің міндетті медициналық сақтандырылуын және сақтандырудың басқа түрлерін ұйымдастыру және жүргізу мақсатында «Мұнай сақтандыру компаниясы» құрылды. Компанияның негізгі қызметі міндетті медициналық сақтандырудың территориялық бағдарламасына сәйкес толық көлемде және тиісті сападағы медициналық көмектің сақтандырылуына бағытталған.

Кәсіпорынның негізгі қызметіндегі қызметкерлер денсаулығының рөлін түсіну мен қаржылық мүмкіндіктерге байланысты кәсіпорын денсаулық сақтауға қосымша қаражат бөлуі мүмкін, бұл денсаулық сақтауда әсіресе осы салаға бөлінетін қаражат көлемі жеткіліксіз болатын қазіргі кезде өте маңызды болып табылады.

Бірақ, айта кететін жайт, бұл міндетті шешу өндірістік кәсіпорынның да, денсаулық сақтау жүйесінің де түрлі субъектілерінің құқықтары мен міндеттерін жеткілікті деңгейде анық белгіленбеуіне себепті қиындай түседі.

Сонымен қатар, дамыған елдерде, қоғам өз қызметкерлеріне сапалы медициналық көмекті ұйымдастыру мақсатында өндірістік кәсіпорындарды көбірек қаражат салуға ынталандыратын жағдайлар тудырады. Мысалы, АҚШ-та салықтар әлеуметтік төлемдерден кейін төленеді. Мұндай әдіс өндірістік кәсіпорындарды өз қызметкерлерінің денсаулығын сақтауға қаражат салуға ынталандырады және денсаулық сақтау саласына айтарлықтай қосымша қаражаттың түсуін қамтамасыз ете отырып, денсаулық сақтау органдарын қаржыландыру жүйесін кеңейтуге мүмкіндік береді.

Тікелей өз жұмысшыларына дербес медициналық көмек көрсетуге байланысты бағыт өнеркәсіптік денсаулық сақтау саласында әлдеқайда кең мүмкіндіктерді ашады. Бұл бағыттың шығындары шектелмеген және нақты кәсіпорынның қаржылық жағдайы мен кәсіпорын басшылығының жұмысшылар денсаулығын сақтау мәселесінің маңыздылығын түсінуіне байланысты.

Кәсіпорында жұмыс істейтін жұмысшылар денсаулығының жоғары деңгейде сақталуына деген кәсіпорынның мүдделілігі экономикалық, сондай-ақ әлеуметтік факторларға байланысты.

Біріншісін шартты түрде екі топқа жіктеуге болады: тікелей және жанама. Тікелей топқа науқастанған немесе жарақат алған жұмысшылардың емделу шығындарын

көтеретін кәсіпорынның тікелей шығындарын сипаттайтын көрсеткіштерге жатқызуға болады. Бұған сондай-ақ, жарақат алған жұмысшыларды қалпына келтіру шығындары, мүгедектік бойынша төленетін жәрдемақы, ММС тыс өз жұмысшыларын емдеу шығындары, емдеу парақтарын төлеу жатады, сипатты бойынша жоғарыда аталған шығындар әлеуметтік топқа жатқызылады, алайда олардың қаражат көзін кәсіпорын құрайды. Бұл шығындар қажет жағдайда оңай есептеледі.

Жекелеген жұмысшылардың науқастану жағдайларының жағымсыз ықпалымен туындаған шығындар жанама шығындарға жатады. Осылайша, жарақат алу немесе науқастану салдарынан өндірістен шығып қалған жұмысшының орнын басу жұмыс қарқынының бұзылуына, өзге жұмысшылардың үстеме жұмыс істеуіне, жабдықтау мерзімдерінің бұзылуына және т.б. алып келуі мүмкін, ал бұл өз кезегінде, экономикалық көрсеткіштердің нашарлауына алып келуі мүмкін: еңбек өнімділігінің төмендеуі, ақаулары бар өнімдердің артуы, жаңа жұмысшыларды оқыту шығындары және т.б.

Кәсіпорынның экономикалық көрсеткіштеріне тигізетін жанама факторлардың сандық әсерін есептеу әлдеқайда қиын.

Осылайша, экономикалық көрсеткіштердің маңызы қаншалықты жоғары болғанымен, қарастырылып отырған мәселенің әлеуметтік жағын да есепке алу қажет, себебі жұмысшылардың денсаулығын сақтау жақсы жұмыс істейтін кәсіпорындардың алдында тұрған маңызды міндеттердің бірі, осыған орай, көптеген шетелдік фирмаларда бұл факторға айтарлықтай көңіл бөлініп, жұмысшылардың денсаулығын сақтауға көп қаражат шығындалады.

Әсіресе, медициналық қызмет көрсетулер бағасының жоғарылығы жағдайында, жұмысшылардың өз кәсіпорындарындағы жұмыс орындарынан байланыстылығын анықтайтын факторлардың бірі сапалық медициналық қызмет көрсетуді дер кезінде алу мүмкіндігі болып табылады. Қызметкерлер қорын, әсіресе жоғары маманданған кадрларды сақтау маңыздылығын есепке ала отырып, дамыған елдердегі кәсіпорын әкімшіліктері өз жұмысшыларын сапалы медициналық қызмет көрсетулермен қамтамасыз ету үшін айтарлықтай шығындарға барады. Жұмысшылардың денсаулығын сақтау ісі жұмыс ортасында жағымды жағдайды қалыптастырып, жоғары мамандандырылған қызметкерлер ағымын азайтып, ұжымды тұрақтандырады, ал бұл өз кезегінде, экономикалық көрсеткіштердің жақсаруына алып келеді [4, 5].

Медициналық қызмет көрсетудің рационалды жүйесін ұйымдастырудың да маңызы зор, себебі қосымша ақша құралдарын тарату түрлі әдістермен жүзеге асырылуы мүмкін. Бұған жұмысшыларды емдеудің қосымша шығындары (ақылы қызмет көрсетулер), өзге ЕПМ емделу шығындары, құрал-жабдықтар мен дәрі-

дәрмектерді сатып алу шығындары, жеке медициналық мекемелерді қамтамасыз ету, басқару жүйесінде медициналық аппаратты қамтамасыз ету жатады.

Бұдан мынадай қорытынды жасауға болады: өндірістік кәсіпорындар шығындарды үнемдеу жағынан өз жұмысшыларына емдеу-алдын алу шараларын ұйымдастырудың оңтайлы жүйесін таңдап алуы қажет.

Алайда, өндірістік жұмысшылардың денсаулығын сақтаудың экономикалық аспектілері жалпы нашар көрсетілген. Бүгінгі таңда өзектілігі арта түскен ақпараттық қамсыздандыру мәселелері, сондай-ақ нарық жағдайында қажетті өндірістік кәсіпорындар мен медициналық мекемелердің өзара қарым-қатынас негіздері тиісті көрініс таппады.

Осының өзі аталмыш зерттеуге түрткі болды, оның соңғы мақсаты жаңа экономикалық жағдайда жұмыс істеуші халықтың денсаулығын қорғау жүйесінің қызмет ету және басқару үлгісін құрастыру болып табылады.

Әдебиеттер:

1. Иванов А.В., Королев А.А., Тафеева Е.А. Қоршаған ортаның гигиеналық сипаттамасы және табиғи мұнай мен ауыр битумды қазу аудандарындағы халықтың денсаулығы // Гигиена және санитария. - 2001, № 3. - 34-37б.
2. Бушуева Г.А., Кацнельсон Б.А., Ткачев В.В., Ползик Е.В. Еңбектің жағымсыз жағдайлары мен қоршаған ортаның өндірістік ластаулардың адам денсаулығына тигізетін экономикалық салдары мен алдын алу шараларының экономикалық тиімділігінің сараптамасы: Әдістемелік кеңестер / КСРО Денсаулық сақтау М-гі. -М., 1988. - 43б.
3. Козельцев М.М. Экологиялық тәуекелді экономикалық бағалау әдістемесі. -1991. -№1. -41-44б.
4. Иванов А.В., Тафеева Е.А. Мұнай өндіру аудандарындағы санитарлық-гигиеналық іс-шаралардың тиімділігі // Гигиена және санитария. -2004, №1. -22-25б.
5. Гилязов Е.Г., Сулейменова Ж.У., Гилязова Г.Е., Диаров М.Д. Исатай ауданында Каспий теңізі деңгейінің көтерілуімен байланысты әлеуметтік және экологиялық жағымсыз салдар // «Қазақстанның көмірсутекті шикізатын өңдеу мен пайдаланудың қазіргі мәселелері» I Халық.ғылыми-техн.конф.материалы. - Атырау, 2000. -Т.ІІ. -388-393б.
6. Кынатбеков Б.Ж., Конатбаева З.К. Газ өңдеу зауытының маңында тұратын халықтың шынайы науқастану деңгейі мен құрылымы // Қазақстанның денсаулық сақтау саласы. -1998, №1-2. -15-16б.
7. Диаров М.Д., Диарова М.А., Гилязов Е.Г. Атырау облысы халқының науқастану жағдайы мен қарқыны // «Қазақстанның көмірсутекті шикізатын өңдеу мен пайдаланудың қазіргі мәселелері» I Халық.ғылыми-техн.конф.материалы. -Атырау, 2000. -Т.І. -460-468б.

Социально-экономические аспекты формирования здоровья населения крупного промышленного региона К.Б. Шегирбаева

Комплексная оценка состояния здоровья населения должна осуществляться с учетом социально-экономического развития конкретного региона. Радикальные социально-экономические, общественно-политические преобразования, связанные с рыночной реформой, и экологические катастрофы происходящие в Республике Казахстан, будут способствовать возрастанию зависимости уровня общественного и индивидуального здоровья от экологических факторов. Это диктует необходимость совершенствования системы охраны здоровья населения и разработки профилактических мероприятий с позиций современных требований.

Socio-economic aspects of the health formation in a large industrial region K.B. Sheairbaeva

Comprehensive assessment of public health should take into account the socio-economic development of the specified region. Radical socio-economic and socio-political transformations associated with market reforms and environmental disasters occurring in the Republic of Kazakhstan will contribute to the increasing dependence of public and individual health states on the environmental factors. This dictates the need to improve the public health and to develop the preventive measures in terms of modern requirements.

УДК 616-006.3(574.42)

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.К. Мусаханова¹, Ж.Б. Базарбек¹, Н.М. Елемесова¹, О.В. Шишкина², З.Ж. Абдильдина²¹Государственный медицинский университет г. Семей, ²Городское бюро медицинской статистики г. Семей

По оценкам специалистов Международного агентства по изучению рака Всемирной организации здравоохранения, в ближайшие 20 лет злокачественные опухоли могут стать главной причиной смерти во всем мире. За этот же период времени число новых случаев заболевания раком возрастет с 12,7 миллиона в 2008 году до 21,4 миллиона случаев в 2030 году. Глобальная смертность от рака к 2030 году возрастет на 45 % и составит примерно 13,2 миллиона больных в год [1].

По мнению экспертов ВОЗ 23 % всех заболеваний и 25% всех случаев рака обусловлены воздействием факторов окружающей среды. Также среди причин возникновения злокачественных новообразований ведущее место занимают радиационный фактор, питание и курение, связанные, в основном, с образом жизни человека [2, 3]. По данным Агентства по охране окружающей среды США факторы окружающей среды играют ведущую роль в развитии 50 % всех злокачественных новообразований. При этом среди факторов канцерогенного риска ведущее место занимают нерациональное питание, солнечное облучение и курение, то есть факторы, регулируемые самим человеком [4].

По данным исследования, проведенного в 2005 году международными партнерами ВОЗ в области борьбы с раком, примерно 30 % случаев заболевания раком можно предотвратить путем изменения или предотвращения основных факторов риска [5].

Стратегия развития отечественного здравоохранения на современном этапе предусматривает переход от системы, ориентированной на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной, в первую очередь, на профилактику болезней. В отношении онкологической патологии акцент сделан на раннюю выявляемость злокачественных новообразований

путем проведения профилактических осмотров целевых групп и использования прогрессивных методов диагностики и лечения [6].

Тревожной остается ситуация по онкологической заболеваемости и смертности в Восточно-Казахстанской области (ВКО). Это, прежде всего, связано с неблагоприятной экологической ситуацией на территориях, находящихся под воздействием токсических отходов крупных промышленных предприятий региона. В связи с этим, нами проведен анализ онкологической заболеваемости и смертности в ВКО за пятилетний период с 2005 по 2009 годы. Исследование осуществлялось по материалам Агентства по статистике Республики Казахстан и по данным Медицинского информационно-аналитического центра ВКО.

Благодаря тому, что в республике внедряются периодические протоколы диагностики и лечения, основанные на новейших достижениях мировой онкологии, включающие самые современные и эффективные схемы терапии, за период с 2005 по 2009 годы заболеваемость от злокачественных новообразований в ВКО имеет тенденцию к снижению с 276,8 до 264,5 на 100000 населения. Республиканский показатель онкологической заболеваемости также снизился с 192,5 в 2005 году до 182,7 в 2009 году (рисунок 1). Кроме этого, смертность от злокачественных новообразований в ВКО за пятилетний период снизилась и в 2009 году составила 161,18, что в 1,42 раза выше республиканского показателя, который также имеет тенденцию к снижению с 122,6 до 112,18 на 100000 население. Это, в первую очередь связано с тем, что современные схемы терапии, применяемые в лечении онкологических больных, внесены в список гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

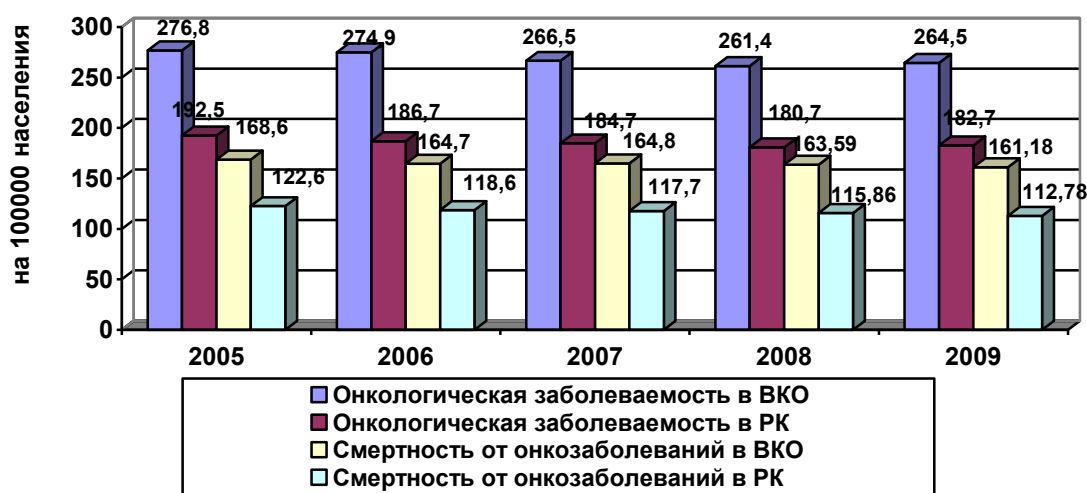


Рисунок 1. Заболеваемость и смертность от рака на 100000 населения в ВКО и РК

Несмотря на уменьшение показателей заболеваемости и смертности, болезненность рака на 100000 населения в ВКО за пятилетний период возросла с 1126,4 до 1225,1, что возможно, связано с увеличением удельного веса больных, перенесших различные виды

противоопухолевого лечения и состоящих на учете более пяти лет.

Анализ структуры заболеваемости населения злокачественными новообразованиями показал, что в ВКО первое ранговое место в 2005 году занимал рак кожи

(42,2 на 100000 населения), второе - рак трахеи, бронхов, легких (39,3 на 100000 населения), третье – рак желудка (22,5 на 100000 населения). В 2009 году на первом месте рак трахеи, бронхов, легких (38,5 на 100000 населения), на втором – рак кожи (37,3 на 100000 населения), на третьем – рак молочной железы

(28,3 на 100000 населения). Увеличение показателя заболеваемости раком молочной железы связано с внедрением национальных скрининговых программ целевых групп населения (маммография женщин групп риска).

Таблица 1. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями в ВКО на 100000 человек соответствующего населения

	2005	2006	2007	2008	2009
Нозология					
Рак губы	2,8	2,7	2,0	2,3	0,9
Рак пищевода	9,7	9,3	9,7	8,9	8,2
Рак желудка	22,5	22,1	23,6	21,4	20,4
Рак толстой кишки	13,9	14,6	13,5	10,8	11,0
Рак кожи	42,2	45,9	39,1	35,9	37,3
Рак молочной железы	22,2	29,0	24,5	30,2	28,3
Рак шейки матки	8,9	10,8	10,1	8,9	10,4
Рак прямой кишки	10,4	9,0	9,3	11,0	11,2
Рак гортани	3,9	3,6	3,2	3,6	3,4
Рак трахеи, бронхов, легких	39,3	36,1	35,3	38,1	38,5
Рак щитовидной железы	4,3	2,8	5,1	2,8	3,4
Рак прочих органов	51,4	55,0	50,0	49,0	44,0
Всего					

Анализ повозрастной структуры заболеваемости населения новообразованиями показывает, что заболеваемость населения новообразованиями среди взрослых за пятилетний период снизилась на 708 человек на

100000 населения, но заболеваемость населения новообразованиями среди подростков имеет тенденцию к увеличению на 70 человек, и на 65 человек увеличился этот же показатель среди детей (таблица 2).

Таблица 2. Возрастная структура заболеваемости населения новообразованиями (на 100000 соответствующего населения).

	2005	2006	2007	2008	2009
Взрослые	5137,4	5082,6	5225,9	4622,6	4428,9
Подростки	374,8	317,2	343,9	380,5	444,8
Дети	221,3	291,6	254,0	219,1	287,0
Всего	3802,9	3786,4	3895,3	3466,2	3421,3

Нами также были рассмотрены показатели заболеваемости населения новообразованиями в разрезе районов ВКО. Самая высокая заболеваемость новообразованиями за пятилетний период наблюдается в экологически загрязненных территориях, таких как Усть-

Каменогорск, Риддер, Глубокий, Шемонаиха, Курчатова и Семей, как наиболее пострадавшие от воздействия промышленных отходов и радиационного воздействия последствий СИАП (таблица 3).

Таблица 3. Заболеваемость новообразованиями всего населения ВКО (число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100000 человек соответствующего населения)

Район	2005	2006	2007	2008	2009
Усть-Каменогорск	768,7	689,8	689,1	528,8	577,6
Семей	530,5	536,1	623,2	391,2	326,3
Риддер	890,5	937,3	871,5	870,7	787,0
Зырян	721,4	1421,4	1410,4	1093,0	965,4
Курчатова	623,1	788,2	519,2	367,9	438,4
Абай	513,8	583,9	539,2	435,3	433,1
Аягоз	345,3	377,5	278,5	219,3	380,7
Бескарагай	473,2	627,5	758,8	1061,1	705,4
Бородулиха	541,2	581,3	657,0	872,2	763,8
Глубокий	653,0	596,2	277,9	514,5	406,4
Жарма	508,3	635,5	506,1	431,8	338,8
Зайсан	532,8	529,6	754,3	801,6	471,0
Катон-Карагай	114,9	127,0	45,7	85,4	173,7
Кокпекты	588,8	445,0	154,2	313,9	275,9
Курчум	293,2	343,4	599,2	248,4	249,3
Тарбагатай	232,0	210,3	189,4	193,4	238,1
Улан	394,8	344,2	363,4	275,7	526,8
Урджар	281,4	378,6	356,3	196,5	204,0
Шемонаиха	1332,0	1668,0	1746,0	1153,9	1239,5
ВКО	1161,2	1291,0	1271,4	1046,1	1048,7

Выводы:

1. За период с 2005 по 2009 годы заболеваемость от злокачественных новообразований в ВКО имеет тенденцию к снижению с 276,8 до 264,5 на 100000 населения. Несмотря на то, что современные схемы терапии, применяемые в лечении онкологических больных, позволили снизить смертность от злокачественных новообразований в ВКО, она в 1,42 раза выше республиканского показателя.

2. Несмотря на уменьшение показателей заболеваемости и смертности, болезненность рака на 100000 населения в ВКО за пятилетний период возросла с 1126,4 до 1225,1. Это связано с увеличением удельного веса больных, перенесших различные виды противопухолевого лечения и состоящих на учете более пяти лет.

3. Анализ структуры заболеваемости населения злокачественными новообразованиями показал, что в ВКО первое ранговое место в 2009 году занял рак трахеи, бронхов, легких (38,5 на 100000 населения), второе – рак кожи (37,3 на 100000 населения), третье – рак молочной железы (28,3 на 100000 населения).

4. В экологически загрязненных от воздействия промышленных отходов и последствий СИЯП территориях наблюдается наибольшая заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований. Этот фактор также повлиял на увеличение заболеваемости новообразованиями среди подростков и детей.

Таким образом, учет и анализ онкологической заболеваемости, наиболее адекватно отражает канцерогенный риск и уровень онкологической помощи. В связи с этим успехи современной онкологии в значитель-

ной мере зависят от правильной организации учета больных злокачественными новообразованиями. Это позволит продлить жизнь онкологических больных, а при многих локализациях новообразований добиться полного излечения.

Литература:

1. Zsuzsanna Jakab. The cancer burden in the European Union and the European Region: the current situation and a way forward. - 2010. - 25 p.

2. Аканов А., Ямашита С., Мейрманов С., Индершиев А., Мусаханова А. Атомные взрывы и развитие общественного здравоохранения, Нагасаки-Алматы, 2008. - 276 с.

3. Рахыпбеков Т.К., Ковзель Е.Ф., Секербаев А.Х., Мусаханова А.К. Влияние социально-бытовых факторов на онкологическую заболеваемость населения, проживающего в зоне влияния Семипалатинского ядерного полигона // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - Алматы. - 2008. - № 4. - С. 120-121.

4. <http://usinfo.state.gov/journals/journals.htm>. - U.S. Environment Protection Agency - 2008.

5. Отчет ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, Победа над страданиями. Обогащение человечества, 1997 г. - 15 с.

6. Егеубаева С.А., Смагулова И.Е., Калмаханова С.Б. Онкологическая помощь в ВКО: проблемы, состояние и пути совершенствования. - Денсаулық сақтауды дамыту журналы. - Астана, 2009. № 2 (50) - С. 50-52.

**Шығыс - Қазақстан облысының қатерлі ісіктермен сырқаттанушылық көрсеткіштерінің талдауы
А.Қ. Мусаханова, Ж.Б. Базарбек, Н.М. Елемесова, О.В. Шишкина, З.Ж. Абдильдина.**

**Семей мемлекеттік медициналық университеті
Семей қалалық медициналық статистика бюросы**

Сонғы бес жылдық аралығында Шығыс-Қазақстан облысында қатерлі ісік аурушылық 1126,4 тен 1225,1 ге дейін (100000 тұрғын халыққа) көтерілді. Қатерлі ісік аурулардың өлімділік көрсеткіштерінің төмендеу нышаны байқалғанмен оның деңгейі республикалық көрсеткіштерден 1,42 рет жоғары. Тұрғындардың қатерлі ісіктермен сырқаттанушының құрылымын талдау бойынша 2009 жылы Шығыс-Қазақстан облысында бірінші орында кеңірдек, бронх, өкпе рагы (100000 тұрғын халыққа -38,5), екінші орында тері рагы (100000 тұрғын халыққа - 37,3), үшінші орында емшек бездерінің рагы (100000 тұрғын халыққа - 28,3). Қатерлі ісіктермен сырқаттанушылық пен өлімділіктің жоғары көрсеткіштері өндіріс қалдықтары және Семей ядролық полигонының әсерінен ластанған аймақтарда байқалады.

**Analysis of cancer incidence in the East-Kazakhstan.
A.K.Mussakhanova, Zh.B. Bazarbek, N.M. Elemessova, O.V. Shishkina, Z.Zh.Abdildina
State Medical University of Semey
City Bureau of Medical Statistics**

Soreness of cancer in the East Kazakhstan over five years increased from 1126.4 to 1225.1 per 100000 population, and despite the fact that deaths from malignant neoplasms tends to decrease, it is 1.42 times higher than the national data. Analysis of the structure of morbidity with malignant neoplasms showed that in the East-Kazakhstan first place ranking in 2009 took the cancer of the trachea, bronchus and lung (38.5 per 100000 population), second - skin cancer (37.3 per 100000 population), the third - breast cancer (28.3 per 100000 population). The highest incidence and mortality from malignant neoplasms observed in environmentally contaminated from exposure to industrial waste and the consequences nuclear testing sites territories.

УДК 613.94+303.625.3

ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР ТУРАЛЫ ӨНЕРКӘСІПТІК АЙМАҚТАР ХАЛҚЫНЫҢ ПІКІРЛЕРІН САРАПТАМАЛЫҚ БАҒАЛАУ**К.Б. Шегірбаева****С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті Алматы қаласы**

Көптеген қалалардың қоршаған ортасы белгілі бір өнеркәсіптің дамуымен қалыптасады, ол кейін халық денсаулығына төнетін қауіптің анықтаушы факторына айналады. Өнеркәсіптік аймақтарда тұратын халық денсаулығының жағдайы аймақтың әлеуметтік-экономикалық және санитарлық жағдайын көрсететін қоғамдық дамудың маңызды талабы болып табылады.

Мұнай мен газды кең көлемде игеру қоршаған ортаның негізгі объектілерінің сапасына жан жақты жағымсыз әсер етеді, бұл адамның тіршілік ету ортасының сапасының нашарлауына алып келеді. Ал бұл, өз кезегінде, халықтың денсаулығына жағымсыз ықпал етеді [1-3].

Атмосфераның негізгі ластануы түсті металлургия, жылу энергетикасы, қара металлургия, мұнай-газ кешені және көлік кәсіпорындарынан шығатын қалдықтарға байланысты. Атмосфералық ауаның ластануынан келетін қауіп халық денсаулығының нашарлауына және қоршаған ортаның құлдырауына алып келеді.

Респонденттер пікірлерінің негізінде халық денсаулығының жағдайын зерттедік. Сауалнаманы тұрғындардың екі тобы бойынша жүргіздік – 1 топ – жұмысшылар, 2 топ – өндірістік кәсіпорынның маңында тұратын тұрғындар. Сауалнама әрбір өнеркәсіптік аймақ бойынша жүргізілді, сауалнамалар халық үшін және зиянды өнеркәсіптік жағдайлармен тікелей байланыста қызмет ететін жұмысшылар үшін жеке дайындалды.

Сауалнама жүргізілген барлық топтардың әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы бойынша статистикалық тұрғыдан айырмашылық болмады. Зерттеулер Атырау, Павлодар және Қарағанды облыстары сияқты ірі өнеркәсіптік аймақтарда жүргізілген.

Атырау облысында жүргізілген халық денсаулығының жағдайы бойынша сауалнама бірінші топ бойынша келесідей нәтижені көрсетті: 47% - жиі созылмалы ауруға байланысты медициналық көмекті қажет етеді; 43% - уақытша науқастануға байланысты медициналық көмекті қажет етеді; 10% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет етеді.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 36% салауатты өмір салтын ұстанады, 44% - үнемі емес, ал 20% жуығы – тіптен сақтамайды. Респонденттердің 69,7% темекі шегеді, 30,3% шекпейді. Алкоголь өнімдерін сауалнамаға қатысқандардың барлығы пайдаланады, өте жиі, тіпті күн сайын пайдаланатындары - 15,8% құрайды.

Жұмысшылар арасында созылмалы аурулар бойынша тыныс алу органдары – 53,7%, аскорыту жүйесі -15,3%, жүрек-қан тамырлары – 11%, несеп органдарының аурулары - 14% бірінші орында болса, ал 6% - басқа аурулар құрайды.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 24% диспансерлік есепте тұр, 47% – шипажайлық демалысты қажет етеді, 23% жұмысшылар амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 57% жуығы емханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық деп бағаласа, 43% - төмен, 44%-ға жуығы стационарлық көмекті қанағаттанарлық, 56% төмен деп бағалады.

Денсаулық жағдайы туралы сұралғандардың екінші тобы бойынша келесі нәтижеге қол жеткізілді: 47% - жиі

созылмалы ауруға байланысты медициналық көмекті қажет етеді, 33% - уақытша ауру бойынша медициналық көмекті қажет етеді, 20% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет етеді.

Сауалнамаға қатысқандардың 26% салауатты өмір салтын ұстанады, үнемі ұстанбайтындары - 47%, ал 27%-ға жуығы тіптен ұстанбайды. Респонденттердің 59% жуығы темекі шегеді, 41% жуығы шекпейді. Сауалнамаға қатысқандардың барлығы дерлік алкоголь өнімдерін пайдаланады, ал жиі, тіпті күнде пайдаланатындары - 1,8% құрайды.

Жұмысшылар арасындағы созылмалы аурулар бойынша бірінші орында тыныс алу органдары аурулары – 53,7%, аскорыту жүйесі аурулары -13,3%, жүрек-қан тамырлары аурулары – 12,9%, несеп органдарының аурулары -12%, ал 8,1% - басқа аурулар тұр.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 24% диспансерлік есепте тұр, 37% - шипажайлық демалысты қажет етеді, жұмысшылардың 10% амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 51% жуығы емханалар мен ауруханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық деп бағаласа, 49% - төмен деп бағалады. Сауалнамаға қатысқандардың 10,1% жуығы кәсіби сырқаттарға ие.

Қарағанды облысы бойынша денсаулық жағдайы бойынша сұралғандардың бірінші тобы келесі нәтиже берді: 47% - жиі созылмалы ауруларға байланысты медициналық көмекті қажет етеді, 43% - уақытша ауруларға байланысты медициналық көмекті қажет етеді, 10% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет етеді.

Салауатты өмір салтын сұралғандардың 26% ұстанады, үнемі ұстанбайтындары - 37%, ал 37%-ға жуығы тіптен ұстанбайды. Респонденттердің 49% жуығы темекі шегеді, 51% жуығы шекпейді. Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың барлығы дерлік алкоголь өнімдерін пайдаланады, ал жиі, тіпті күнде пайдаланатындары - 5,8% құрайды.

Жұмысшылардың созылмалы аурулары бойынша бірінші орында тыныс алу органдары аурулары – 43,4%, аскорыту жүйесі аурулары -12,6%, жүрек-қан тамырлары аурулары – 11%, несеп органдарының аурулары - 15%, ал 18% - басқа аурулар тұр.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 21% диспансерлік есепте тұр, 51% – шипажайлық демалысты қажет етеді, жұмысшылардың 25% амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 47% жуығы емханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық, 37% - төмен деп бағаласа, 16% жауап беруге киналды, ал 25% -ға жуығы стационарлық көмекті қанағаттанарлық деп бағаласа, 28% - төмен деп бағалады.

Қарағанды облысы бойынша сұралғандардың екінші тобы келесі нәтижені көрсетті: 47% - жиі созылмалы ауруларына байланысты медициналық көмекті қажет етеді, 33% - уақытша аурулары бойынша медициналық көмекті қажет етеді, 20% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет етеді.

Салауатты өмір салтын сұралған жұмысшылардың 16% ұстанады, үнемі ұстанбайтындары - 34%, ал 50%-ға жуығы тіптен ұстанбайды. Респонденттердің 47% жуығы

темекі шегеді, 53% жуығы шекпейді. Алкогольді барлық сұралғандар пайдаланады, ал жиі, тіпті күнде пайдаланатындары - 1,2% құрайды.

Жұмысшылардың созылмалы аурулары бойынша бірінші орында тыныс алу органдары аурулары – 53%, асқорыту жүйесі аурулары -13%, жүрек-қан тамырлары аурулары – 12%, несеп органдарының аурулары - 12%, ал 10% - басқа аурулар тұр.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 23% диспансерлік есепте тұр, 59% - шипажайлық демалысты қажет етеді, жұмысшылардың 22% амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 53% жуығы емханалар мен ауруханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық деп бағаласа, 47% - төмен деп бағалады. Сұралғандардың 13,3% жуығының кәсіби сырқаттары бар.

Павлодар облысында тұратын жұмысшылар мен халықтың денсаулық жағдайын сараптаудың нәтижесінде сұралған жұмысшылардың 37% жиі созылмалы аурумен ауыратындығы, 23% - уақытша аурулары бойынша медициналық көмекті қажет ететіндігі, 40% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет ететіндігі анықталды.

Салауатты өмір салтын сұралған жұмысшылардың 23% ұстанады, үнемі ұстанбайтындары 47%, ал 30% -ға жуығы тіптен ұстанбайды. Респонденттердің 55,7% жуығы темекі шегеді, 45,3% жуығы шекпейді. Алкогольді сұралғандардың 8,7% жуығы пайдаланады, ал жиі, тіпті күнде пайдаланатындары - 5,8% құрайды.

Жұмысшылардың созылмалы аурулары бойынша бірінші орында тыныс алу органдары аурулары – 33,7%, асқорыту жүйесі аурулары -15,1%, жүрек-қан тамырлары аурулары – 18,3%, несеп органдарының аурулары - 24,3%, ал 8,6% - басқа аурулар тұр.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 14,2% диспансерлік есепте тұр, 37% – шипажайлық демалысты қажет етеді, жұмысшылардың 23% амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 31% жуығы емханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық, 69% - төмен деп бағалады, 33% -ға жуығы стационарлық көмекті қанағаттанарлық деп бағаласа, 67% - төмен деп бағалады.

Денсаулық жағдайы бойынша сұралғандардың екінші тобы келесі нәтижені көрсетті: 39% - жиі созылмалы ауруларына байланысты медициналық көмекті қажет етеді, 29% - уақытша аурулары бойынша медициналық көмекті қажет етеді, 32% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет етеді.

Оценка состояния здоровья населения промышленных регионов по результатам социологического опроса К.Б. Шегирбаева

Основное загрязнение атмосферы связано с выбросами от предприятий цветной металлургии, теплоэнергетики, черной металлургии, нефтегазового комплекса и транспорта. Реальность угроз от загрязнения атмосферного воздуха сказывается на ухудшении здоровья населения и деградации окружающей среды. На основании мнения респондентов изучили состояние здоровья населения промышленных регионов.

По мнению населения, качество оказанной медицинской помощи в поликлинике ниже, чем в стационарах. Приоритетными заболеваниями являются заболевания органов дыхания, мочеполовой системы, пищеварительной системы и другие. По результатам социологического опроса состояние здоровья населения промышленных регионов оценивается как неудовлетворительное. Большинство опрошенных имеют хронические заболевания и нуждаются в санкурортном лечении.

Health assessment of population residing in industrial areas on the results of a poll K.B. Sheirbaeva

The main air pollution due to emissions from non-ferrous metallurgy, power engineering, ferrous metallurgy, oil and gas industry and transportation. The reality of threats from air pollution affects the health impacts and environmental degradation. Based on the opinions of the respondents studied the health of the population of industrial areas.

According to the population, the quality of medical care in the clinic is lower than in hospitals. Priority diseases are diseases of the respiratory system, urinary system, digestive system and others. According to the results of a sociological survey health status of industrial regions is assessed as unsatisfactory. Most of the respondents have chronic disease and need treatment.

Салауатты өмір салтын сұралған жұмысшылардың 29,3% ұстанады, үнемі ұстанбайтындары - 51%, ал 19,7% -ға жуығы тіптен ұстанбайды. Респонденттердің 35% жуығы темекі шегеді, 65% жуығы шекпейді. Алкогольді сұралғандардың барлығы пайдаланады, ал жиі, тіпті күнде пайдаланатындары - 3,8% құрайды.

Жұмысшылардың созылмалы аурулары бойынша бірінші орында несеп органдарының аурулары - 32%, тыныс алу органдары аурулары – 35,7%, асқорыту жүйесі аурулары -14,3%, жүрек-қан тамырлары аурулары – 12%, ал 6% - басқа аурулар тұр.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 21% диспансерлік есепте тұр, 43% - шипажайлық демалысты қажет етеді, жұмысшылардың 25% амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 39% жуығы емханалар мен ауруханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық, 61% - төмен деп бағалады. Сұралғандардың 7,1% -ға жуығының кәсіби сырқаттары бар.

Осылайша, денсаулық жағдайына қатысты сұрақтарға респонденттердің жауаптары бірінші топта да, екінші топта да сәйкес келді. Халықтың пікірінше, емханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасы стационарларда көрсетілетін медициналық көмекке қарағанда төмен.

Бірінші орындарда тыныс алу жолдары, несеп органдары, асқорыту жүйесі және т.б. аурулар тұр. Әлеуметтік сауалнама нәтижесі бойынша өндірістік аймақтар халқының денсаулық жағдайы қанағаттанарлықсыз деп бағаланды. Сұралғандардың көпшілігінің созылмалы аурулары бар және олар шипажайлық емдеу қажет етеді.

Респонденттердің барлығынан өндірістік орталықта тұратын халық денсаулығының жағдайын жақсарту бойынша – халыққа көрсетілетін медициналық көмек сапасын жоғарылату туралы ұсыныс түсті.

Әдебиеттер:

1. Диаров М.Д. Атырау облысы халқының науқастану жағдайы мен қарқыны // «Қазақстанның көмірсутекті шикізатын пайдалану және қайта өңдеулің қазіргі мәселелері» І-Хал. ғылыми-техн. конф. материалдары. – Атырау, 2000. –Т.І. – 460-468б.
2. Каримов Т.К. Мұнай және газ кен орындарын қазу салдарынан қоршаған орта ластануының тұрғындар денсаулығына тигізетін әсері // Қазақстанның денсаулық сақтау саласы. -1996. –25-26б.
3. Лысенко А.И. Қоршаған орта факторларының Қазан тұрғындарының хал-жағдайына тигізетін әсері // Гигиена және санитария – 2002. -№4. –17-18б.

УДК 616.127-005.8 (616.153.478.6-008.6)

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН

Г.Д. Абильмажинова

Государственный медицинский университет г. Семей

В последнее время большой интерес представляет липопротеин А (Lp (A)), ассоциированный с плазминогеном, который является новым и наименее изученным фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС). Lp(a) состоит из липопротеина низкой плотности (ЛПНП), связанного дисульфидной связью с Apo(a) - гидролитическим гликопротеином плазминогена [1, 2]. Эти уникальные характеристики придают Lp (a) потенциальные атерогенные и тромбогенные свойства. Исследования последних лет демонстрируют, что повышение концентрации Lp (a) ассоциировано с развитием атеросклероза. Несколько исследований доказывают роль Lp (a) как независимого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в то время ряд других исследований [3, 4] опровергают этот факт. В исследовании Dahlen GH. et al., обозначена разница риска ССЗ у женщин и мужчин по уровню Lp (a).

Уровень Lp (a) >30 мг/дл достоверно ассоциировался с риском ССЗ у мужчин моложе 55 лет. В то время как для женщин Lp (a) был признан фактором риска для всех возрастов [5].

Существуют ряд исследований, где обсуждается возможность взаимовлияния гомоцистеина и уровня липопротеина А. Липопротеин А участвует в фибринолизе благодаря своему сходству с IV доменом плазминогена. Гоцистеин усиливает связывание Lp (a) с фибрином путем удаления дисульфидных связей из молекулы аполипопротеина (А). Этот эффект гомоцистеина

уже проявляет себя при относительно его не высокой концентрации.

Цель исследования: определить уровень содержания Lp (a), сосудисто-тромбоцитарных показателей гемостаза, системы фибринолиза и гомоцистеина у женщин среднего возраста с мелкоочаговым инфарктом миокарда, провести корреляционные взаимосвязи указанных параметров.

Материал и методы: исследование уровня липопротеина А (Lp (a)) было проведено у 68 женщин с мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ) в возрасте от 34 - 78 лет, (средний возраст $54,15 \pm 1,4$ лет). Контрольную группу составили 33 клинически здоровых донора женского пола, адекватных по возрасту исследуемой группе. Забор венозной крови для измерения уровня липопротеина А производили в течение 24 часов после наступления инфаркта.

Определение липопротеина (a) производилось с помощью специального коммерческого набора фирмы DiaSys (г. Москва), предназначенного для фотометрического количественного определения липопротеина (a) в сыворотке или плазме.

Показатели системы гемостаза определялись стандартными методиками с применением реактивов фирмы «Технология стандарт».

Полученные результаты и обсуждение: содержание уровня плазменного липопротеина А у пациенток с МИМ представлены на рисунке 1.

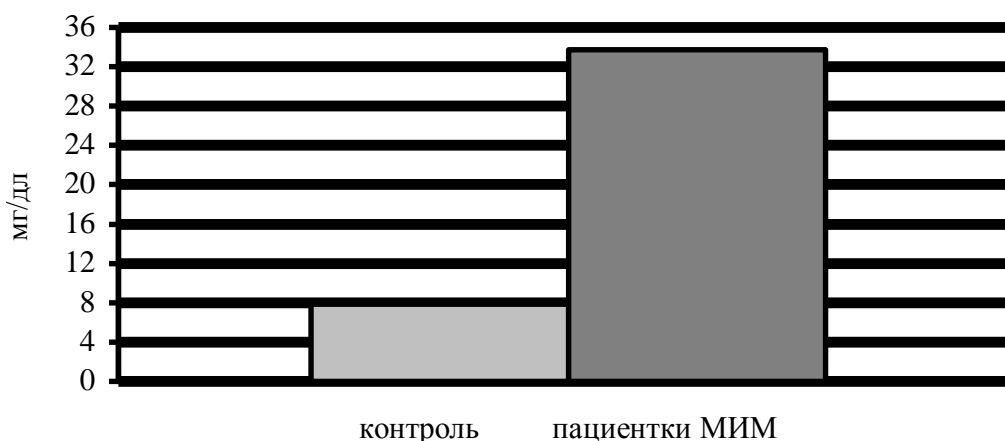


Рисунок 1 – Содержание липопротеина А в крови у больных МИМ

У больных МИМ показатели плазменного Lp (a) достоверно превышали данные в контрольной группе ($p < 0,001$): у больных МИМ $33,7 \pm 1,5$ мг/дл; против $7,84 \pm 1,14$ мг/дл контроля.

Нами было исследовано распределение плазменных концентраций Lp (a) у больных инфарктом миокарда.

Из 68 пациенток с мелкоочаговым инфарктом миокарда только у 4 (5,88 %) Lp (a) находился в пределах нормальных значений, у 8,82 % находился в промежуточном диапазоне (10 - 15 мг/дл), а у 85,3 % Lp (a) боль-

ных был выше 15 мг/дл. Ряд исследований свидетельствуют, что уровень Lp (a) более 25 мг/дл является неблагоприятным в прогнозе ИБС (С. Sandholzer, N. Saha, J. D. Kark, 1999).

С целью исследования прогностической значимости уровня Lp (a) в патогенезе инфарктов, мы провели стратификацию больных на две группы: с уровнем Lp (a) <25 мкг/дл и уровнем Lp (a) >25 мкг/дл. В каждой из групп, были исследованы показатели плазменного гомоцистеина (ГЦ) и некоторых показатели гемостаза. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Одним из важных результатов исследования является достоверно более высокие значения ГЦ в группе Lp (a) <25 мкг/дл, по сравнению с группой Lp (a) >25 мкг/дл, (p<0,05).

Представленные в таблице 1 данные по некоторым показателям гемостаза в двух группах, указывают на наличие достоверных различий в группах больных в зависимости от уровня Lp (a).

В группе больных с Lp (a) >25 мкг/дл достоверное увеличение содержания фибриногена, в сравнение с группой Lp (a) <25 мкг/дл.

Достоверных различий между показателями ИАТ, СИАТ и ИДТ в группе Lp (a) <25 мкг/дл и группе Lp (a) >25 мкг/дл выявить не удалось. В группе с Lp (a) >25 мкг/дл выявлено достоверное увеличение содержания ФВ, в сравнение с группой с Lp (a) <25 мкг/дл, (p<0,01). Этот результат указывает на наличие большей степени повреждения эндотелия в соответствующей группе.

Таблица 1 - Уровни плазменного гомоцистеина и некоторые показатели гемостаза у больных МИМ

Показатели	Контроль, (n=33)	Lp (a) >25 мкг/дл, (n=17)	Lp (a) <25 мкг/дл, (n=41)
АДФ-зависимая агрегация тромбоцитов (10 ⁶)			
ИАТ, %	27,1±2,77	50,6±3,8*	47,6 ±4,3*
СИАТ, %	34,4±3,99	40,9±3,6*	41,5±6,1*
ИДТ, %	11,3±1,7	23,4±2,6	21,8±3,6
ФВ, %	76,2±1,3	127,6±1,3#	102,3±1,4
УИА, с	15±0 17	12,8±0,3	12,4±0,41
РИА, с	14,5±0,18	10,5±0,5	10,3±0,4
АПТВ, с	35,5±0,72	26,7±0,75	31,4±0,81
АТ III, %	95,7±3,7	58,4±4,2#	70,5±3,4
Фибринолиз, мин	4,5 ±0,5	9,1±0,37*	7,2±0,2
Фибриноген, г/л	2,89±0,27	4,8±0,44	3,5±0,15
РФМК, мкг/дл	3,2±0,10	12,2±0,51#	10,9±0,54
РПДФ, мкг/дл	1,41±0,21	13,1±0,53#	8,7,±0,51
ГЦ, мкмоль/л	5,4±0,32	16,5±0,74**	11,03±1,14*

Примечание: * - различия с показателями контрольной группы достоверны, p<0,05;
#-различия между показателями групп Lp (a) >25 мкг/дл и Lp (a) <25 мкг/дл, достоверны, p<0,05.

В группе больных с Lp (a) >25 мкг/дл имело место более выраженное снижение активности АТIII в сравнение с группой больных с Lp (a) <25 мкг/дл, (p<0,05), и с контролем (p<0,01).

Изучение показателей системы фибринолиза, с точки зрения оценки общей фибринолитической активности, позволили выявить наличие значительной депрессии фибринолиза в группе больных Lp (a) >25 мкг/дл на 26,4 % по сравнению с группой Lp (a) <25 мкг/дл.

Имело место достоверное увеличение РФМК, РПДФ в группе Lp (a) >25 мкг/дл по сравнению с группой больных с Lp (a) <25 мкг/дл, (p<0,05).

Мы провели корреляционный анализ между уровнем Lp (a) и показателями гемостаза, которые выявили достоверные различия, а также уровнем гомоцистеина.

В группе больных МИМ с Lp (a) >25 обнаружена прямая корреляционная зависимость с плазменной концентрацией Lp (a) и уровнем ГЦ, (rs=0,32; p<0,05). Другая корреляционная зависимость в той же группе больных выявлена между Lp (a) и ФВ(rs=0,29;p<0,05), уровнем фибриногена (rs=0,27; p<0,05). С другими показателями гемостаза связи выявить не удалось.

Таким образом, результаты сопоставления уровня Lp (a), показателей гемостаза, и гомоцистеина свидетельствует о патогенетической взаимосвязи Lp (a), судисто-тромбоцитарных показателей гемостаза, системы фибринолиза и гомоцистеина.

Rath M. et al. рассматривают роль Lp (a) в развитии атеротромбоза в его накоплении в стенках артерий сердца. Kostner GM et al, и Tabas I et al. объясняют это тем, что частицы молекулы Lp (a) -apo(a) связывается с элементами соединительной ткани (протеогликанами, гликозаминогликанами, и особенно фибронектином), этот процесс усиливается под действием липазы липопротеина [6, 7]. Кроме того, молекулы подвержены воздействию окислительных изменений, что также провоцирует дальнейшее развитие атеросклеротических изменений. В связи его структурной схожестью с плазми-

ногеном, Lp (a) может играть определенную роль в патогенезе атеротромбоза. В опытах *in vitro* было доказано, что связывание Lp (a) с иммобилизованным фибриногеном приводит к ингибированию связывания плазминогена и фибриногена [8].

Нахождение корреляционной зависимости плазменного уровня Lp (a) и уровнем плазменного фибриногена является важным результатом исследования. Результаты исследований Mikhailidis DP et al. и Meade TW et al. свидетельствуют о том, что плазменная концентрация фибриногена является предиктором тромботических осложнений как среди клинически здорового контингента, так и среди больных ИБС [9]. Наличие прямой корреляционной зависимости между уровнем плазменного гомоцистеина и Lp (a) является неслучайным. Одним из возможных объяснений данного феномена является роль наличие ассоциации гипергомоцистеинемии и развития инфаркта миокарда.

Литература:

- McLean J.W. cDNA sequence of human apolipoprotein(a) is homologous to plasminogen/ J. W. McLean, J. E. Tomlinson, W. J. Kuang //Nature.- 1987.- Vol.300.- P.132-137
- Nguyen T. T. Predictive value of electrophoretically detected lipoprotein(a) for coronary heart disease and cerebrovascular disease in a community-based cohort of 9936 men and women/ T. T. Nguyen, R. D. Ellefson, D. O. Hodge // Circulation.- 1997.- Vol. 96.- P.1390-1397
- Peng D. Q. Lipoprotein (a) and apolipoprotein E epsilon 4 as independent risk factors for ischemic stroke/ P. Q. Peng, S. P. Zhao, J. L. Wang //J. Cardiovasc. Risk. - 1999. - Vol. 6. - P.1-6
- Glader C.A. Chlamydia pneumoniae antibodies and high lipoprotein(a) levels do not predict ischemic cerebral infarctions: results from a nested case-control study in northern Sweden / C. A. Glader, B. Stegmayr, J. Boman //Stroke.-1999.- Vol. 20.- P. 2013 - 2018

5. Nguyen T. T. Predictive value of electrophoretically detected lipoprotein(a) for coronary heart disease and cerebrovascular disease in a community-based cohort of 9936 men and women/ T. T. Nguyen, R. D. Ellefson, D. O. Hodge // *Circulation*.- 1997.- Vol. 96.- P.1390–1397

6. Kostner G.M. Is atherogenicity of Lp(a) caused by its reactivity with proteoglycans?/ G. M. Kostner, M. Bihara Varga// *Eur. Heart J*.- 1990.- Vol.11 (suppl E).- P.184–189

7. Tabas I. Lipoprotein lipase and sphingomyelinase synergistically enhance the association of atherogenic lipoproteins with smooth muscle cell and extracellular matrix. A possible mechanism for low density lipoprotein and

lipoprotein (a) retention and macrophage foam cell formation/ I. Tabas, Y. Li, R. W. Brocia, S. W. Xu// *J. Biol. Chem.* - 1993.-Vol. 268.- P. 20419–20432

8. Averhaus W. Budd-Chiari syndrome in a patient with factor V Leiden: successful treatment by TIPSS placement followed by a liver transplantation/W. Averhaus, H. Ullerich, J. Menzel J. [et al.]//*Z. Gastroenterol*.- 1999.- Vol. 37.- P.277

9. Meade T. W. Epidemiological characteristics of platelet aggregability/ T. W. Meade, M. V. Vickers, S. G. Thompson // *BMJ*.- 1998.- Vol.290.- P. 428 – 432

Гипергомоцистеинемия – әйелдердің инфаркт миокарді ауруының бір қауіп факторы ретінде.

Г.Д. Әбілмажинова

Семей қ. Мемлекеттік медициналық университеті

Көрсетілген зерттеулерде әйелдердің гипергомоцистеинемиясы инфаркт миокарді ауруының бір факторы екендігі анықталды. Автор плазмалық гомоцистеин мен А липопротеиннің, Виллебранд факторы мен фибриногеннің арасындағы корреляциялық қарым-қатынастарын анықтауда, патогенетикалық қарым-қатынастары белгілі мөлшерлерін куәландырады.

The hyperhomocysteinemia as a risk factor for myocardial infarction in women.

G.D. Abilmazhinova

Medical State University of Semei

The research determined the role of hyperhomocysteinemia as a risk factor for myocardial infarction in women. The author found correlations between levels of plasma homocysteine and lipoprotein A, von Willebrand factor and fibrinogen, suggesting a pathogenetic relationship of these parameters.

УДК 616.718.72-001.5-089.84

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕННОМ И БЫТОВОМ ТРАВМАТИЗМЕ

¹К.Р. Акильжанов, ²А.З. Дюсупов

¹Городская клиническая больница №1, г. Павлодар

¹Павлодарский филиал ГМУ г. Семей, г. Павлодар

²Государственный медицинский университет г. Семей

Переломы пяточной кости (ПК) относятся к тяжелым повреждениям опорно-двигательного аппарата, которые влекут за собой длительные функциональные расстройства, а в тяжелых случаях и инвалидность. По данным различных авторов [1-5], переломы ПК составляют от 1,1 до 4,0 % всех переломов костей скелета и от 16,5 до 17,9 % костей стопы.

Актуальность проблемы обусловливается сохраняющимся, по литературным данным, высоким уровнем неудовлетворительных результатов лечения — от 25,0 до 80,5 % и инвалидизации — от 23,5 до 78,0 % всех пациентов [1-5]. Такие результаты обусловлены в основном развитием травматического плоскостопия, вальгусной деформации стопы, деформирующего артроза в подтаранном суставе и суставе Шопара; в меньшей степени — остеопорозом, трофическими нарушениями и фиброзными изменениями мягких тканей стопы.

Большинство травматологов и до настоящего времени при оказании помощи больным с переломами ПК используют консервативные способы лечения, которые чаще всего оказываются неэффективными. При переломах короткой пяточной кости, к которой прикрепляется мощное ахиллово сухожилие, имеются крайне невыгодные условия для репозиции и фиксации отломков. Даже незначительное несопоставление отломков ПК оказывает неблагоприятное воздействие на функцию конечности, так как эта кость является единственной точкой опоры продольного свода стопы и на нее тело

опирается всем своим весом, особенно при переднем толчке опорной фазы шага.

Новый этап в развитии и совершенствовании методов лечения переломов ПК связан с внедрением в клиническую практику закрытого чрескостного остеосинтеза, позволяющего точно репонировать и оптимально восстанавливать суставные поверхности, обеспечивать надежную и стабильную фиксацию перелома на весь период лечения, разгрузить поврежденный сустав, а также начинать раннее функциональное лечение [2-4]. Метод чрескостного внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза сложных переломов ПК со смещением имеет наибольшие перспективы по сравнению с другими способами лечения. Он лишен всех недостатков консервативных и открытых оперативных методов [2]. Однако результат лечения этим способом напрямую зависит от степени управляемости отломками пяточной кости, что, в свою очередь, связано с местом проведения спиц и их количеством, а также компоновкой аппарата.

До настоящего времени не существует общепризнанной схемы аппарата Илизарова для наружного чрескостного остеосинтеза переломов пяточной кости. Для лечения компрессионных переломов ПК мы применяем конструкцию этого аппарата, состоящую из четырех дуг полуколец, соединенных тремя стержнями, спиц (предварительный патент РК (19) KZ (13) A (11) 19531 (51) A61F 5/04 (2006.01) A61B 17/62 (2006.01) [6], позво-

ляющую устранять смещение периферического отломка ПК кнаружи. Способ осуществляется путем проведения спиц с упорами во фронтальной плоскости через кости голени, таранную и пяточную кости с учетом типичного смещения отломков и их натяжением на дуговых опорах. Причем проведение спиц через периферический отломок пяточной кости и метафиз большеберцовой кости выполняют снаружи внутрь, а через таранную кость и нижнюю треть большеберцовой кости изнутри кнаружи.

Способ лечения осуществляли следующим образом.

Под общим обезболиванием (наркоз) или проводниковой перидуральной, или спинномозговой анестезией, или под местной анестезией 0,5% раствором новокаина производят репозицию отломков, ногу устанавливают на подставке. Проводят через дистальный отломок бугорковой части ПК 7 спицу 1 с упором 5 снаружи кнутри, то есть с учетом типичного смещения отломков в аксиальной проекции (чаще всего) или снутри кнаружи (редко). В аналогичном направлении проводят спицу 3 через большеберцовую кость 9 во фронтальной плоскости, а спицы 2,4 проводят снутри кнаружи через таранную 8 и большеберцовую кости 9, соответственно до упора их упорных площадок 5 до кортикальных слоев костей 8,9 (рисунок 1, 2).

Спицы 4,3,2 с натяжением монтируют к верхним трем полукольцам, тем самым создают базовую опору, соединенные стержнями 11 и гайками 12. Спицу 1 натя-

гивают по ходу ее оси до прижатия упорной площадки 5 к кортикальному слою дистального отломка 6 пяточной кости 7. Далее наружные концы спицы 1 скрепляют спицефиксаторами к полукольцу 10, сгибая дугообразно и вниз (располагая полукольцо именно в таком положении) в дистальном направлении, на свободные концы спицы 1 монтируют спицнатягиватели.

Приступают к репозиции отломков. Для устранения смещения отломков пяточной кости 7 кпереди в сагиттальной плоскости спицнатягивателями натягивают концы спицы 1, устраняя ее дугообразный изгиб до прямой линии.

Выпрямление спицы 1 в центральной ее части смещает периферический отломок 6 пяточной кости 7 назад и вниз в обратном направлении от его смещения кпереди и вверх во фронтальной и сагиттальной плоскости соответственно.

Смещение отломков по горизонтальной плоскости осуществляют путем натяжения и смещения спицы за острый конец по ее оси спицнатягивателем, расположенным с одной стороны, с одновременным расслаблением спицнатягивателя, расположенного на другой стороне спицы 1. При этом, упорная площадка 5 спицы 1, расположенная у кортикального слоя отломка 6 пяточной кости 7, смещает отломок 6 по ходу спицы 1 снаружи и кнутри. После визуального устранения смещения отломков 6 с восстановлением анатомии свода стопы, осуществляется контроль выполнением рентгенологических снимков в 2-х проекциях.

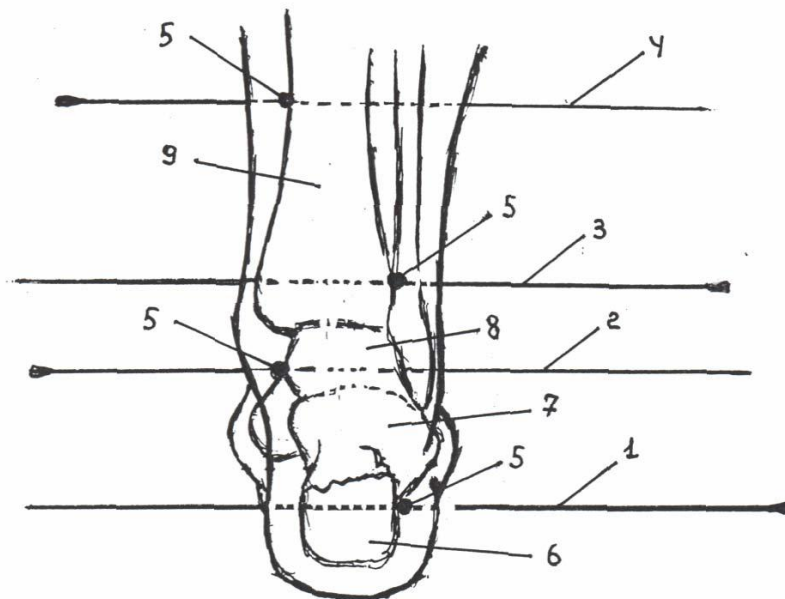


Рисунок 1 – Схема расположения и направления ввода спиц (объяснения в тексте).

При недостаточности объема выполненной репозиции ее завершают вышеописанными методами. Величина бугорно-суставного угла устанавливается по ПК здоровой стопы. При двухсторонних переломах величина угла Белера доводится до 40 градусов на каждой стопе. При достижении хорошей репозиции отломков 6 пяточной кости 7 спицу 1 с натяжением по прямой линии закрепляют спицефиксаторами 13 к полукольцу 10.

Раны вокруг спиц асептически перевязывают. После ее завершения к подошвенной дуге фиксируется опорная рамка, позволяющая пациенту наступать на больную ногу. Аппарат со стопы снимается через 2-3 месяца после окончания репозиции отломков; при явлениях консолидации перелома ПК разрешается нагрузка на ногу.

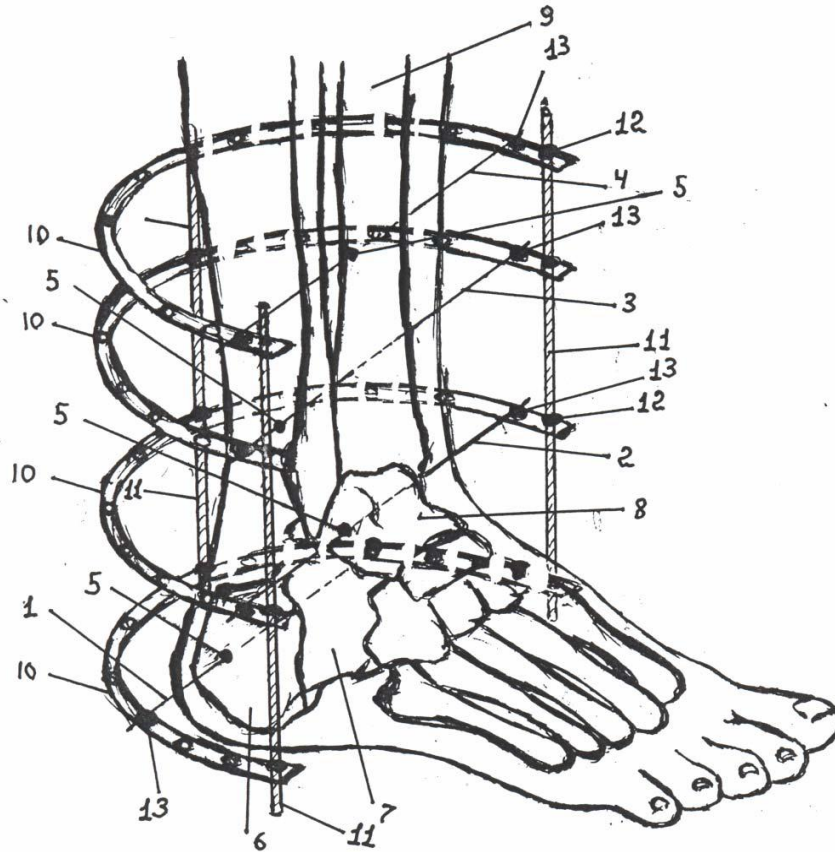


Рисунок 2 – Схема наложения аппарата Илизарова собственной конструкции (объяснения в тексте)

В травматологическом отделении городской клинической больницы № 1 города Павлодара с 2006 по 2009 год оперировано 27 больных с переломами ПК, из них 24 мужчины (89,4%) и 3 женщины (10,6%); у 25 (93%) пациентов отмечались внутрисуставные переломы, у 2 (7%) - внесуставные. Девять больных наблюдались с переломами ПК обеих стоп со смещением, потребовавшими оперативного вмешательства на обеих стопах; в 4 случаях переломы на одной из стоп были без смещения отломков.

Показаниями для оперативного лечения являлись внутри- и внесуставные переломы тела ПК и пяточного бугра с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей и смещением отломков во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Исключение составляли переломы пяточного бугра по типу «утиного клюва», при их лечении применялся открытый остеосинтез.

Возрастной состав пациентов колебался от 20 до 60 лет и старше: до 20 лет было 1 больной (4,1%), от 21 года до 30 лет - 5 (20,6%), от 31 года до 40 лет - 7 (24,1%), от 41 года до 50 лет - 10 (38,2%), от 51 года до 60 лет - 3 (11,8%) и более 60 лет - 1 пациент (1,2%). Из представленных данных видно, что переломы пяточной кости получают люди в наиболее трудоспособном возрасте - от 31 до 50 лет.

В представленной группе больных рабочих было 19 (73%), служащих - 3 (10%) и 5 человек (17%) нигде не работали. В основном отмечались производственные травмы - у 14 пациентов (54,7%); бытовые травмы получили 12 человек (44,7%); прочие - 1 (0,6%). В состоянии алкогольного опьянения в момент травмирования находились 3 пострадавших (11,8%).

Среди пациентов, получивших производственные травмы, было больше всего рабочих строительного

комплекса - 6 человек (41,9%), затем рабочие алюминиевого завода, нефтеперерабатывающего, лесопромышленного и деревообрабатывающего комплекса - 5 человек (38,7%) и прочие - 3 человека (21,2%). Профессии пациентов - строители, плотники, монтажники, электрики, слесари, сварщики, стропальщики, водители. Переломы они получали при падении с лестниц, лесов, из окон зданий, межэтажных перекрытий, механизмов, подъемных кранов, кузова автомобиля и др.

Среди причин травмы доминировали следующие: падения с высоты - у 24 больных (90%), падение на лестнице - у 2 пациентов (7,1%), сдавление стопы - у 1 человека (2,9%).

Первая помощь больным с переломами пяточной кости оказывалась в основном в условиях городского травмпункта и травматологического кабинета 1-й городской поликлиники - 19 пациентам (71,2%), бригадами скорой помощи - 7 больным (27%); не оказывалась - 1 больному (1,8%).

Переломы ПК сочетались у 6 больных с переломами нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника, у 3 - с переломами дистальных метаэпифизов костей голени, у 1 - с переломами лодыжек, у 1 - с переломом бедра и у 2 больных — с переломами костей предплечья.

Сроки с момента получения травмы до поступления в стационар колебались от 6 часов до 3 недель. В сроки до 6 часов госпитализированы 16 больных (59,3%), от 6 до 12 часов - 2 (7,4%), от 12 до 24 часов - 4 (14,8%), от 24 до 48 часов - 1 (3,7%), от 2 до 3 суток - 1 (3,7%), от 3 до 7 суток - 2 (7,4%) и от 1 до 3 недель - 1 пациент (3,7%). Большинство больных обращались за медицинской помощью и направлялись в стационар для оперативного лечения в первые сутки после травмы (79,4%).

Более позднее обращение пациентов, особенно в сроки от 3 до 7 суток (11,8%), чаще всего было результатом недооценки их состояния персоналом других лечебных учреждений.

Ближайшие результаты лечения у всех больных хорошие. В раннем послеоперационном периоде, в процессе distraction и в период нахождения пациентов в аппарате Илизарова воспалительных изменений на кожных покровах и в глубже лежащих тканях не наблюдалось, больные хорошо адаптировались к аппарату, нагружали больную ногу, и он не вызывал у них неудобств в быту.

Таким образом, при применении предложенного способа чрескостного остеосинтеза уменьшается вес конструкции аппарата внешней фиксации, количество проводимых спиц и ран вокруг спиц, количество возможных параспицевых осложнений, риск повреждения сосудисто-нервных пучков, мышц и сухожилий. Сокращается время выполнения оперативного приема, сроки медицинской и социальной реабилитации, улучшаются условия ношения аппарата чрескостной фиксации на нижней конечности в процессе лечения.

Выводы.

Переломы пяточной кости относятся к тяжелым видам повреждений опорно-двигательного аппарата и требуют дифференцированного подхода при выборе методов лечения.

Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения при внутрисуставных переломах ПК является развитие посттравматического деформирующего артроза таранно-пяточного сустава, сопровождающегося грубым нарушением функции стопы и болевым синдромом.

Требуется максимально точно восстанавливать форму пяточной кости, бугорно-суставной угол и суставную поверхность ПК, что возможно выполнить только способом закрытого чрескостного остеосинтеза.

Наружный чрескостный остеосинтез лишен недостатков и осложнений, возможных при открытых способах оперативного лечения; он позволяет произвести точную репозицию, создать жесткую фиксацию отломков и условия для ранней нагрузки на стопу, что уменьшает сроки временной нетрудоспособности у пострадавших с переломами пяточной кости.

Литература:

1. Богданов Ф. Р. Современные методы лечения переломов костей стопы / Ф. Р. Богданов, В. А. Яралов-Яралыц // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1963. — № 5. — С. 3—10.
2. Крис У. Сравнительная оценка лечения переломов пяточной кости / У. Крис // Медицинский реферативный журнал. — 1986. — Раздел IV. — № 12. — С. 79.
3. Кузьмин В. И. Лечение переломов пяточных костей шарнирно-дистракционным аппаратом / В. И. Кузьмин // Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. — СПб., 2001. — С. 67—68.
4. Фишкин И. В. О лечении переломов пяточной кости / И. В. Фишкин // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1986. — № 3. — С. 61—62.
5. Черкес-Заде Д. И. Хирургия стопы / Д. И. Черкес-Заде, Ю. Ф. Каменев. — М., 1995. — С. 5—9; 54—68.
6. Дюсупов А.З., Тузельбаев К.К., Акильжанов К.Р., Назимов Р.И. Способ чрескостного остеосинтеза компрессионных переломов пяточной кости. Предварительный патент Республики Казахстан (19) KZ (13) A (11) 19531 (51) A61F 5/04 (2006.01) A61B 17/62 (2006.01)

Өндірістік және тұрмыстық травматизм кезіндегі өкше сүйегінің сынуын жабық остеосинтез әдісімен емдеу

^{1,2} К.Р. Ақылжанов, ³ А.З. Дюсупов

¹ №1 қалалық клиникалық емханасы, Павлодар қ.

² Семей мемлекеттік медициналық университетінің Павлодар филиалы, Павлодар қ.

³ Семей мемлекеттік медициналық университеті, Семей қ.

2006-2009 ж. аралығында Илизаров аппаратының авторлармен құрастырылған конструкциясы қолданылып, өкше сүйегінің компрессті сынуларының жабық остеосинтезінің 27 операциясы өткізілді. Емдеудің жақсы нәтижелері алынды. Асқынулар байқалған жоқ.

Түйін сөздер: өкше сүйегі, компрессті сыну, остеосинтез.

Treatment of calcaneus fracture by method of perosseous osteosynthesis occupational and household traumatism

^{1,2} K.R. Akilzhanov, ³ A.Z. Dusupov

¹ Clinical City Hospital №1, Pavlodar

² Pavlodar branch of the SMU Semey, Pavlodar

³ State Medical University Semey, Semey

27 operations of closed perosseous osteosynthesis of calcaneus compression fractures using construction of Ilizarov's apparatus of own composition were performed from 2006 to 2009. The good results have been got. There were no complications of the treatment.

Key words: calcaneus bone, fracture, osteosynthesis.

УДК 378.1:61

ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМДАРЫНДА МАМАНДАРДЫ ДАЙЫНДАУДАҒЫ ҚҰЗЫРЕТТІЛІК ТҰРҒЫНЫҢ ТЕНДЕНЦИЯЛАРЫ МЕН БОЛАШАҒЫ

Ж.Қ. Смаилова, Т.Қ. Рахыпбеков, Л.Қ. Қаражанова

Жоғары білім дегеніміз – жеке тұлғаның белсенді әлеуметтік бағдарын, өзі таңдаған қоғамдық өмірде алдын-ала белгіленбеген және ғылыми негізде атқаратын табысты зияткерлік іс-әрекетін, сонымен қатар таңдаған іс-әрекет аумағында шығармашылық даму потенциалын және осы бағыт бойынша жаңа нысандарды өздігінен игеруін қамтамасыз ететін білім беру процесі. [1]. Қазіргі кезеңде көптеген елдерде жоғары білім саласы әлемдік даму тенденцияларына, сонымен қатар жоғары мектептің даму тенденциялары мен болашағына байланысты көптеген өзгерістерге ұшырап отыр.

2005-2010 жылға арналған Қазақстан Республикасында білім беруді дамытудың Мемлекеттік бағдарламасы бойынша жоғары білім беру жүйесіндегі айтарлық өзгерістерді туындатқан әлемдік дамудың негізгі тенденциялары төмендегідей:

- қоғам дамуы екінің жеделдеуі және осының салдарынан қоғамның жылдам өзгеріп отырған жағдайында түлектерді кәсіптік іс-әрекетке дайындау қажеттілігінің туындауы;

- қоғамның жаһандануы және жаһандық мәселелердің пайда болуы, олардың халықаралық қоғамдастық ынтымақтастық шеңберінде шешілуі, бұл жас ұрпақтың жаңаша ойлауын қалыптастыруды қажет етеді;

- қызметкерлердің кәсіптік дайындығын, кәсіптік мобильдігін арттырудағы тұрақты қажеттілікті анықтайтын экономиканың екінің дамуы, бәсекелестіктің өсуі, жұмыспен қамтамасыз ету саласындағы құрылымдық;

- қоғамның жоғары ақпараттандырылуы, мәдениеттер арасындағы өзара қарым-қатынастар аумағының кеңеюі [2 Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2005-2010 года от 11 октября 2004 № 1459]

- Жаһандану тәңірегіндегі жоғары білім берудің артып келе жатқан ролін соңғы жылдардағы жоғары білімнің даму барысындағы бірнеше әлемдік

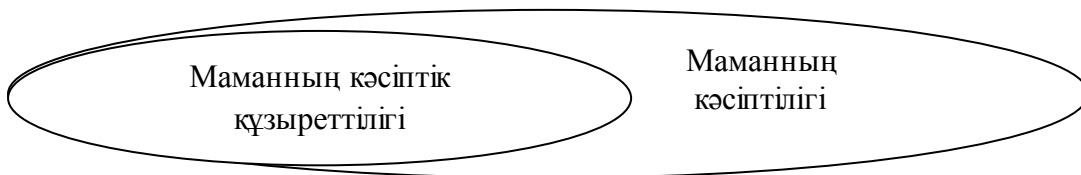
тенденцияларды анықтаған ЮНЕСКО зерттеулері де дәлелдейді [3].

Болашақ мамандарды дайындаудың аталған тенденцияларға сәйкес болуы «21 ғасырдағы жоғары білім: тұрғысы және нақты шаралары» атты Бүкіләлемдік конференциясында бекітілген ЮНЕСКО Қорытынды баяндамасында анықталған басты міндеттерді шешудің негізгі шарты болып табылады, атап айтқанда: «қоғамның қазіргі кезеңдегі және болашақтағы қажеттіліктеріне тұрақты бейімделген курстар мен оқу бағдарламаларын пайдалану негізінде жоғары деңгейдегі білім мен дағдылары бірлескен кәсіптік дайындығы бар сәйкес біліктілікке ие болу мүмкіндігін қамтамасыз ете отыра, қоғамның барлық саласындағы қажеттіліктерді қанағаттандыруға қабілетті жауапты азаматтарды және жоғары білікті түлектерді дайындауды қамтамасыз ету» [4]

Осы нақты көрініс беріп отырған тенденциялар, атап айтқанда, жоғары кәсіптік медициналық білім беру саласында сапалық өзгерістерді енгізуді қажет етеді. Жоғары білімнің әлемдік даму тенденциялары жоғары медициналық білім беру ұйымдарында білім алушылардың дайындығының кәсіптілікке ауысуы ретінде көрініс береді және осы негізде түлектердің кәсіптік дайындығының сапасына деген талаптардың артуымен анықталады.

Жалпы, «кәсіптілік» деген ұғымның өзі қазіргі кезде психологиялық-педагогикалық зерттеулерде нақты анықталамағанын атап өткен жөн. Мысалы, А.К. Маркова кәсіптілікті былайша түсіндіреді: «кәсіптілік дегеніміз - адамның жеке тұлғасына қатысты мамандықтың нормативті талаптары. Бұл жерде кәсіптілік ұғымы – жеке адамның табысты еңбек етуіне қажетті сипаттамаларының жиынтығы ретінде көрінеді». Мұндай ұғымды шартты түрде «нормативті кәсіптілік» деп атайды [5].

«Кәсіптілік» және «кәсіптілік құзыреттілік» ұғымдарының ара қатынасын көрнекі түрде төмендегідей көрсетуге болады:



Сур.1. «Кәсіптілік» және «кәсіптілік құзыреттілік» ұғымдарының ара қатынасы.

Бұл ұғымдар іс-әрекетті жетілдіру, оны белгілі бір деңгейде жоғары сапалы орындау тұрғысынан алар болсақ бір бағытты болып табылады. Адамның кәсіптілігі оның құзыреттілігімен қатар кәсіптік бағыт-бағдарымен және жеке тұлғаға тән кәсіптік маңызды қасиеттерінің болуымен қамтамасыз етіледі. Адам өзінің іс-әрекетін игеру және ұзақ мерзімде орындау барысында ғана кәсіптік жоғары деңгейге жетеді.

Сонымен, кәсіптік құзыреттілік дегеніміз не? Құзыреттілік – бұл жеке адамға қатысты ұғым, ол белгілі бір жұмысты құзыретті орындау барысындағы оның іс-әрекетінің аспектісі.

- Құзырет – ол адамның құзыретті кәсіптік саласы туралы айтылатын жұмысқа қатысты ұғым.

Европа Кеңесі жас европалықтарға қатысты бес негізгі құзыреттерді белгіледі [Hutmacher W. Key competencies for Europe/Report of the Symposium. Berne, Switzerland 27-30 March, 1996]:

- демократия институттарын дамыту үшін әлеуметтік және саяси құзыреттер;
- іртүрлі мәдениеті бар ортада өмір сүруге қажетті құзыреттер;
- жазбаша және ауызша коммуникация шеберлігі;
- ақпараттық құзыреттер;

• өмір бойы білім алуға қабілеттілік.
Жалпы алғанда бұл құзыреттерді әлеуметтік немесе социомәдениеттілік құзыреттер деп айтуға болады.

2006 жылғы ҚР МЖМБС сәйкес 051301-«Жалпы медицина» мамандығы бойынша бітірушінің кәсіби қызметіне қатысты құзыреттерін келесі сызба түрінде сипаттауды ұсынамыз:



Сур 2 . 2006 жылғы ҚР МЖМБС сәйкес медицина бакалаврының құзырттілігінің сызбасы

Құзыреттерге бағытталған білім (competence-based education – CBE), 70-ші жылдарда Америкада 1965 жылы Н.Хомский (Массачусет университеті) ұсынған тіл теориясына қатысты «құзырет» ұғымына байланысты қалыптаса бастады. Н.Хомский атап көрсеткендей «...біз құзырет (сөйлеушінің-тыңдарманның өз тілін білуі) және пайдалану (тілді нақты жағдайларда қолдана білу) арасында басты айырмашылықтарды анықтаймыз. Тек идеалды жағдайда пайдалану ұғымы құзырет ұғымының тікелей көрсетілімі болып табылады.» [6].

Дж.Равеннің 1984 жылы Лонданда жарық көрген «Қазіргі қоғамдағы құзыреттілік» атты жұмысында құзыреттілік ұғымына кең талдау жасалған. Бұл «көптеген компоненттерден тұратын құбылыс, ол компоненттердің көпшілігі бір-біріне қатысты тәуелсіз болады, кейбір компоненттер когнитивті салаға, ал кейбірі – эмоциялық салаға қатысты, бұл компоненттер тиімді іс-әрекеттің құрамды бөліктері ретінде бір-бірін ауыстыра алады» [7]. Басқаша айтар болсақ, Дж. Равен бойынша құзыреттілік дегеніміз – нақты сала бойынша нақты әрекеттерді тиімді орындауға қажетті өзгеше қабілет және оған қоса арнайы білімінің, арнайы дағдыларының болуы, сонымен қатар өз әрекеті үшін жауапкершілікті түсінуі.

Құзыреттіліктің әртүрлі факторларын сипаттау құзыреттіліктің құрылымы, құзыреттілік картасы, құзыреттілік профилі немесе құзыреттіліктің топтары және тізбесі деп аталады. Құзыреттіліктің құрылымы ұйымның жұмысының басты кезеңдерін қамтитын құзыреттілік факторларына деген талаптармен анықталады және «құзыреттіліктің жалпы факторларынан» тұрады. Құзыреттілік картасының старетегиялық қабілеттілік, ресурстарды және сапаны басқару тәрізді құзыреттіліктерден ерекшелігі, ол

мамандыққа қатысты құзыретті іс-әрекеттің әртүрлі аспектілер мен категорияларын сипаттайды. Құзыреттіліктің профилі белгілі-бір міндеттерді тиімді атқаруға қажетті құзыреттіліктің аспектілерін сипаттайды. [8].

Құзыреттіліктің құрылымы, картасы және профилі білім берудегі қажеттіліктерді көрсетеді – олар құзыреттіліктің дамытылуы қажет өзгешелік аспектілерін анықтап, өздігінен білім алуды қолдай отыра сәйкес білім берудің тұрғысын анықтайды.

Қазіргі кездегі қоғамдағы жаһандану процестері соңғы уақытта жоғары медициналық білім беру саласында да айқын көрініс бере бастады.

1988 жылы Эдинбургте (Шотландияда) медициналық білім берудің Бүкіләлемдік федерациясы өткізген медициналық білім бойынша Бүкіләлемдік конференция қорытындысы Декларация (Эдинбург декларациясы) қабылданған болатын. Бұл декларацияда алғашқы рет медициналық білім берудің тарихында білімнің дәстүрлі үлгісі қоғамның, экономиканың және адам қажеттіліктері дамуының заманға сай талаптарын ескермейтіндігі атап көрсетілді. 1993 жылы медициналық білім бойынша өткен Бүкіләлемдік саммитте әлемде болып жатқан глобальды өзгерістермен байланысты медициналық білімге қатысты мәселелер анықталды. Атап айтқанда, көптеген елдердегі тұрғындар санының өсуі, ұлттық экономикалық және саяси құрылымдардағы өзгерістер, ресурстардың азаюы, түрлісоғыстар, пандемиялар, денсаулық сақтау саласындағы өзгерістер және медициналық көмекке қол жеткізу тәрізді глобальды өзгерістер атап көрсетілді [9].

Медицинаның теориясы мен практикасына қатысты құзыреттілік ұғымы келесі компоненттерден тұрады: негізгі клиникалық, әлеуметтік ғылымдарды, атап

айтқанда медициналық іс-тәжірибеге қажетті деңгейде қоғамдық денсаулық сақтау, популяциялық медицина және медициналық этика сұрақтарын білу және түсіну; қарым-қатынас және клиникалық дағдылар (диагноз қою, тәжірибелік дағдылар, коммуникативті дағдылар, ауруды емдеу және алдын-алу, денсаулықты нығайту, клиникалық ойлау қабілеті, мәселелерді шешуге қабілеттілік); сонымен қатар өмір бойы кәсіптік біліктілігін көтеруге және білім алуға деген қабілеттілік. [10].

Бүгінгі таңда медициналық білім беру жүйесінің соңғы «өнімнің» қандай болуы керектігі, қоғамда туындаған қажеттіліктерге байланысты медициналық жоғары оқу орнында білім алушылар қандай құзыреттерге, білімге, шеберліктерге, ұстанымдарға ие болуы керектігі туралы нақты ақпараттары болуы қажет. Сонымен қатар оқытудың мазмұны, оқу процесін ынталандыру, оқу орнының жұмысын ұйымдастыру және оқытудың нәтижелерін бақылау тәрізді сұрақтар да маңызды орын алады. Білім, шеберлік, қарым-қатынас сияқты 3 басты бөліктен тұратын құзыреттерді қалыптастыру білім берудің құрылымын анықтайды. [11].

Халықаралық денсаулық сақтау саласының мамандарының айтуынша, медицина қызметкерлерін оқыту тек кәсіптік ақпаратты есте сақтау, оны қайталап айтумен ғана шектелмей, білім алушылардың нақты кәсіптік құзыреттерін қалыптастыру мақсатына бағытталуы қажет. Бұған медицина қызметкерлерінің мамандықты игеруге деген қызығушылығы болып, кәсіби маманның қазіргі заманғы жаңа үлгісіне сай кәсіптік шеберлігін қалыптастыра білуге оқытушының қабілеті болған жағдайда ғана жетуге болады. Мұндай дәрігерлік құзыреттілікті қалыптастыру үшін білім беру процесінің толық кезеңінде дәрігерлерді дайындауға жоғары талаптар қою қажет.

Елімізде жүргізіліп жатқан медициналық және фармацевтикалық білім беруді реформалау жоғары оқу орны деңгейінде дәрігерлерді дайындау жүйесін жаңа деңгейге көтерудің қажетті шарты болып табылады. Дәрігер тұлғасы, оның жеке басының қасиеттері және кәсіптік құзыреттілігі медициналық университеттің білім беру шеңберінде қалыптасады, сондықтан болашақ дәрігерлердің кәсіби шеберлігін қалыптастыру мәселелері ерекше маңызға ие болып отыр.

Қазіргі кезеңдегі жоғары медициналық білім беру саласындағы өзгерістер қоғамның және мемлекеттің жоғары медициналық мектепке қоятын талаптарын үнемі қанағаттандырмайтындығымен, тұлғалардың білім сапасының төмендеуімен, қазіргі заманғы білім беру технологияларын пайдаланудағы консерватизмдікпен, молекулалық биология, молекулалық генетика саласына физикалық және химиялық биология мен иммунологияның жетістіктерін интегративті түрде енгізудегі енжарлық және т.б. байланысты деп атап көрсеткен жөн. Көптеген жағдайда жоғары медициналық білім беру жаңа білімді жинақтау, стандартты кәсіби мәселелерді шешу, белгілі жағдайларда әрекет ету үлгісімен сипатталады. Осыған байланысты жоғары медициналық білім беру жүйесінің алдында тұрған жаңа заман талаптарына сай және Болонь процесін жүзеге асыру барысында отандық медицинаның жетістіктерін объективті сараптауға қабілетті жаңа деңгейдегі мамандарды дайындаудың мазмұны, құрылымы және технологиялары туралы жоғары медициналық білім беру жүйесінің алдында тұрған мәселе аса өзекті болып табылады.

Қазіргі жағдайда Қазақстандағы медициналық білім беру жүйесі түлектердің білімін, дағдыларын және жеке тұлғалық қасиеттерін қалыптастыруға бағытталған денсаулық сақтау саласын дамытудың басты факторы болып табылады.

Денсаулық сақтау мамандарын дайындау озық дамуда болуы қажет. Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын дайындаудың басты постулаттарының бірі – «өмір бойы білім алу» болып табылады, бұл медицина қызметкерлерінің өз білімін үнемі жетілдіріп, жаңартып отыру қажеттілігін тудырады.

Медицина дегеніміз – адам білімдерінің ең үлкен аумағын құрайды. Адам ағзасы, аурулар, емдеу әдістері туралы барлық білімді дипломға дейінгі деңгейде алу мүмкін емес. Медицинаның серпінді дамуы тиімді және уақтылы білім беру бағдарламаларын жасау мақсатын күрделендіреді.

Денсаулық сақтау және профилактикалық медицинаның мәселелерін шешуге бағытталған, болашақ дәрігерлерді кәсіптік дайындаудың мәнінің артуы жоғары медициналық білім беру жүйесінде адам туралы тек медициналық және жаратылыс тану білімінің дамуы ғана емес, сонымен қатар білім алушылардың мәдени – әлеуметтік тұрғыдағы мәселелерді шешуге қатысты білімінің қатысты білімнің ұйымдастырылуын талап етеді. Сондықтан, болашақ дәрігер тұлғасының, оның азаматтық жауапкершілігінің, құқықтық мәдениетінің, қоғамда табысты әлеуметтендірілуінің, кәсіптік жетілуінің қалыптасуына бағытталған білім беру процесінің мазмұны және ұйымдастырылуы жоғары медициналық білім берудің өзекті мәселелерінің бірі болып табылады. Бұл концепция жоғары медициналық оқу орындарындағы білім беру процесінің мақсатымен, мазмұнымен және құрылымды – функционалды байланыстармен сипатталатын кәсіптік медициналық білім беру үлгісін қалыптастыруға мүмкіндік береді.

Денсаулық сақтау саласы мамандарының да кәсіптік құзыреттілігіне қойылатын талаптардың артуы жағдайында білім беру процесіне басқару ұйымдарынан бастап білім алушыларға дейін қатысушылардың жауапкершілігі артып келеді. Жоғары медициналық білім берудегі құзыреттілік тұрғының қажеттілігі қазіргі замандағы қоғамды сипаттайтын әлеуметтік-экономикалық, саяси, рухани-адамгершілік өзгерістермен анықталады. Бұл өзгерістер білім берудің осы саласының соңғы нәтижесінің жаңа сапасы – жоғары медициналық білім беру ұйымдарындағы білім алушылардың кәсіптік құзыреттілігіне қол жеткізу талабын қойып отыр. Осы жағдайда құзыретті медицина мамандарын дайындау мәселесі өзекті мәселелердің бірі болып табылады, өйткені халық денсаулығын қорғау еліміздің еңбек потенциалын сақтаудағы басты бағыттардың бірі болып табылады.

Медициналық білім беруді реформалау аясында білім беру процесін ұйымдастырудың қажетті шарттары мыналар болып табылады: оқытудың зерттеу әдістерінің басымдылығы, шектес ғылымдардан әдістерді, идеяларды кеңінен қолдану, клиникалық ойтаныма және кәсіптік ерекше мәселелерді шешуге бағытталған кәсіптік құзыреттердің қалыптасуы, білім беру, шығармашылық және кәсіби қызметтің субъектісі ретінде білім алушының өздігінен дамуы, оның интеллектуалды жетістіктерге мотивациясы, аналитикалық-диагностикалық шеберлігінің дамуы,

кәсіптік әрекеттерін болжауы. Сондықтан болашақ дәрігердің кәсіптік дүниетанымын қалыптастырудың басты мақсаты - оған белсенді кәсіптік қызметке кірісе алуға, әртүрлі кәсіби жағдайларда әрекет етуге және өзін жоғары рухани және өмірлік ұстанымы бар тұлға ретінде көрсете білуіне мүмкіндік беретін жаңа білім сапасын қамтамасыз ету болып табылады.

Болашақ дәрігерді дайындаудың осы тұрғысы кез-келген адамды - өзінің құқығы мен бостандығы бар жеке әлеуметтік байлық деп қарастырып, білім алушыны оқыту процесінің мақсаты, нысаны, субъектісі, нәтижесі және тиімділік көрсеткіші ретінде қабылдап, білім беру процесін жеке тұлғаның дамуына қарай бағыттауға мүмкіндік береді. Жоғары медициналық білім беруді реформалау білім беру процесінің барлық субъектілерінің жеке тұлғалық функцияларының толық дамуы үшін жағдай жасауға бағытталған.

Бүгінгі таңда жоғары медициналық білім берудегі дәстүрлі ақпаратты-жинақтаушы үлгіден құзыреттілік-бағытты үлгіге ауысу өзекті мәселеге айналып отыр. Бұл құзыреттілік-бағытты үлгі ағаруды емес, науқасты емдеу керек деген гуманистік принципті жүзеге асыруға мүмкіндік беретін болашақ дәрігердің стереотипті емес кәсіби мәселелерді шешуге, клиникалық ой - танымға қабілеттілігін қалыптастырады [12]

Медициналық университеттердегі білім жүйесінің қалыптасуында кәсіптік құзыреттілік ұғымының мәні артып келеді. Кәсіптік құзыреттілік нақты жағдайларда белгілі -бір әрекет ету үшін дайындықтың болуымен сипатталады, басқаша айтар болсақ, маманның құзыреттілігі кәсіби жағдайларды әрекет ету үшін қажетті білімі, шаберліктері және ұстанымы болуымен анықталады. [13]

Болашақ дәрігердің кәсіптік құзыреттілігі науқастарға және әріптестеріне деген қарым - қатынасқа біріккен , жеке тұлға ретінде және кәсіби тұрғыдан үнемі дамуға бағытталған кәсіптік маңызы зор қасиеттердің, шеберліктердің және дағдылардың жүйесі ретінде қалыптасады. Кәсіптік құзыреттілік тек алған білімді пайдалануға қабілеттік ретінде ғана емес, сонымен қатар жаңа құбылыстарды, ақпараттарды қабылдауға, негізгі мамандыққа-бағытты құзыреттерді анықтауға, сол арқылы көпсалалы мәні бар білімнің,

шеберліктердің, дағдылардың жүйесі ретінде сипатталады.

Негізгі құзыреттердің жинағы жоғары медициналық білім беру процесінің өзгешелігін және болашақ дәрігердің даму көрсеткіштерін анықтап берді, бұл дәрігерге даам ауруларының дамуына ғылыми тұрғыдан баға беруге, емдеудің тиімді тәсілдерін таңдауға, сол арқылы медициналық құзыреттіліктің деңгейін анықтауға мүмкіндік берді.

Әдебиет:

1. Фокин Ю.Г. Преподавание и воспитание в высшей школе. – М., 2002.-С.55.].
2. Государственная программ развития образования в Республике Казахстан на 2005-2010 года от 11 октября 2004 № 1459
3. Кашук Л.И. Система обеспечения качества вузовского образования: оценка и механизмы управления (на материалах Республики Казахстан
4. Высшее образование в 21 веке: подходы и практические меры.-ЮНЕСКО, Париж, 5-9 октября.1998.Заключительный доклад.-135 с.
5. Маркова А.К. Психология профессионализма. – М.: Знание, 1996. – 308 с. , с.31
6. Хомский Н. Аспекты теории синтаксиса. – М., 1972 (англ. 1965)., 22, с. 9
7. Равен Джон. Компетентность в современном обществе. Выявление, развитие и реализация. – М., 2002. (англ. 1984),стр 253
8. Каирбекова С.З. Методологические основы и организационно - управленческие технологии реформирования дополнительного профессионального медицинского образования в Республике Казахстан: Автореф. дисс. д.м.н. – Астана, 2007. – 33 с.
9. Медицинское образование в мире и в Украине. – Х.: ИПП «Контракт», 2005. - 464 с
10. Международные стандарты ВФМО улучшения качества, Университет Копенгагена, Дания, 2003г.
11. Вартанян, В.А. Алексеев, «Международное сотрудничество и развитие медицинского образования», - М, 2000.-С. 19-27. ссылка 49
12. Бондаревская Е.В. Теория и практика личностно-ориентированного образования. – Ростов н/Д., 2000.– 352 с.
13. Каражанова Л.К. Пути и формы совершенствования подготовки специалистов в интернатуре // Высшая школа Казахстана, №1, 2008, С.80

Тенденции и перспективы компетентного подхода в подготовке специалистов в высшем медицинском учреждении образования Ж.К. Смаилова, Т.К. Рахыпбеков, Л.К. Каражанова

В данной работе авторами рассматриваются тенденции развития компетентного подхода в высшем профессиональном образовании. Мировые тенденции глобализации и развития высшего профессионального образования требуют иного подхода к подготовке специалистов медицинского профиля. Особую роль в становлении системы образования в медицинском университете приобретает значимость такого понятия как профессиональная компетентность

Tendencies and prospects competence the approach in preparation of experts in the higher medical institution of formation Zh.K. Smailova, T.K. Rahypbekov, L.K. Karazhanova

In the given work as authors development tendencies competence the approach in the higher vocational training are considered. World tendencies of globalization and development of the higher vocational training demand other approach to preparation of experts of a medical profile. The special role in education system formation at medical university is got by the importance of such concept as professional competence

УДК 378.147:61

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕЙ - ИНТЕРНОВ**Ж.К. Смаилова, Л.К. Каражанова, Е.С. Кулуспаев
Государственный медицинский университет г. Семей**

Одной из главных целей Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан является «внедрение новой системы подготовки медицинских и фармацевтических кадров на основе международных стандартов с учетом приоритетов и особенностей здравоохранения республики, обеспечивающей конкурентоспособность специалистов». Реализация этих целей предусматривает изменение системы оценки качества, уровня профессиональной компетенции и допуска к профессиональной деятельности [1].

Социальным заказом курсу анестезиологии и реаниматологии местных органов управления здравоохранением является подготовка врачей-анестезиологов центральных районных больниц. Послевузовское обучение на нашей кафедре осуществляется в виде одногодичной интернатуры по анестезиологии и реаниматологии

Врачи-интерны в процессе обучения должны овладеть знаниями и (клиническими) практическими навыками по всем важнейшим разделам специальности, так как после окончания они должны работать не только в центральных больницах края, но и в отдаленных его регионах, где не всегда есть возможность получить помощь и совет более опытных врачей.

Потребность региона в специалистах анестезиологах-реаниматологах столь велика, что в последнее время численность желающих обучаться составляет 15-20 человек. В процессе обучения наряду с сотрудниками курса принимают активное участие наиболее опытные врачи базовых реанимационно-анестезиологических отделений.

За каждым врачом-интерном закрепляется преподаватель, под чьим руководством они осваивают навыки практической работы. В связи с этим их учебная программа разделена на 5 блоков: анестезия и интенсивная терапия в плановой и экстренной хирургии, акушерстве, педиатрии, токсикология. В обязательную программу обучения включены также методы экстракорпоральной гемокоррекции, внепочечного очищения крови и ГБО. Наряду с планом обучения у врача-интерна обязательно имеется дневник, в котором регистрируются освоенные навыки работы. Этот дневник в процессе обучения служит документом для проведения учебной работы интерна. После окончания обучения на первых порах профессиональной деятельности он может служить своеобразным личным справочником для молодого врача.

Еженедельно преподавателем курса проводятся семинары по узловым аспектам дисциплины с разбором клинических ситуаций, с которыми обучающиеся столкнулись в своей работе. Ежегодно врачам-интернам читается цикл лекций (25-30) по наиболее актуальным темам. Обязательным для врачей-интернов анестезиологов является участие в работе Областного научного общества анестезиологов-реаниматологов и научно-практических конференций.

Важную роль в подготовке клинических ординаторов мы отводим освоению практических навыков реанимации и интенсивной терапии на манекенах. Клиническое обучение в условиях учебно-клинических центров, основанное на моделировании среды для обучения с ис-

пользованием специального учебного оборудования (манекены, модели органов, модели для процедур и т.д.), позволяют лучше интегрировать теоретические знания и клинические навыки, отработать и улучшить коммуникативные навыки, умение работать в команде. Одним из основных преимуществ клинического обучения в условиях симуляционных центров является самостоятельное освоение процедурных навыков и обеспечение безопасной среды для обучения с учетом безопасности пациента [2]. Курс располагает манекенами компании «Ambu International», позволяющими отрабатывать практически все существующие мануальные методики интенсивной терапии и реанимации. В их числе мероприятия, направленные на поддержание проходимости дыхательных путей и устранение острой дыхательной недостаточности: оро- и назотрахеальная интубация; интубация через рот или нос с использованием фиброоптической техники; постановка оро- или назофарингеального воздуховода; интубация по пальцу; постановка пищеводно-трахеальной комбинированной трубки «Combitube» или ларингеальной маски; ретроградная интубация, крикотиреотомия, интубация правого главного бронха, вентиляция мешком Амбу, техника аспирации желудочного содержимого из рото- и носоглотки, аускультация легких и желудка для определения положения интубационной трубки, имитация трудной интубации трахеи за счет раздувания языка, торакоцентез для устранения пневмоторакса.

Манекены имеют важные дополнительные функции, которые распространяются на пациентов детского возраста. Манекен «Hall Newborn» имитирует младенца 3 месяцев массой 5 кг и позволяет обеспечить внутрикостный доступ для проведения лекарственной терапии. Манекен «Универсальная модель для проведения процедур на верхних дыхательных путях» имитирует различные травмы и позволяет освоить навыки интубации трахеи при травматических повреждениях головы, обработки ран, высвобождения и транспортировки пострадавших.

Значительную часть свободного от клинической работы времени врачи интерны анестезиологи-реаниматологи посвящают освоению практических навыков на манекенах.

Итоговый экзамен по окончании клинической ординатуры состоит из двух этапов:

- компьютерный тестовый контроль и решение ситуационных задач по всем разделам специальности. Положительная оценка выставляется при 65% правильных ответов;

- диагностика неотложных состояний и оказание реанимационных мероприятий на манекенах.

Ежегодно на курсе у врачей-интернов в начале каждого цикла компьютерным тестированием определяется исходный уровень знаний по всем разделам специальности и смежных дисциплин. Аналогичное тестирование проводится после прохождения раздела по специальности. Сравнение исходной и окончательной оценок знаний позволяет сделать вывод об эффективности организации учебного процесса на курсе. Если число правильно решенных тестов увеличивается на 20%, подобный результат мы оцениваем как удовлетворительный, это достигается у 95,8% интернов. У интернов,

которые не сумели справиться с заданием, мы выявляем наиболее слабо усвоенные разделы специальности, и они получают индивидуальные задания для самостоятельной работы. В процессе цикла проводятся 4 операционных дня, на которых интерны - анестезиологи непосредственно в операционной или в реанимационном отделении знакомятся с новыми технологиями, внедренными в практику работы базовых стационаров. Отдельное практическое занятие посвящено ознакомлению с современными методами экстракорпоральной гемокоррекции и внепочечного очищения крови, которые проводятся в специализированных подразделениях. Еженедельно практические занятия отводятся на работе на манекенах, когда интерны диагностируют заданные компьютером неотложные клинические ситуации и осваивают необходимые реанимационные мероприятия.

В процессе цикла усовершенствования каждый интерн анестезиолог выполняет реферативную работу по наиболее актуальным вопросам специальности. После окончания обучения проводится собрание интернов, где они в форме свободной дискуссии высказывают замечания и предложения по совершенствованию учебного процесса, которые учитываются сотрудниками курса при подготовке врачей интернов анестезиологов следую-

щего года. Таким образом, курс анестезиологии и реаниматологии ГМУ г. Семей имеет уникальный опыт широкого применения и внедрения в систему послевузовского профессионального образования инновационных технологий и решений, в том числе элементов виртуального подхода к обучению практическим навыкам. Манекены обладают широким спектром моделирования клинических ситуаций и системой контроля правильности действий обучающегося врача. В ходе проведения занятий с использованием новых современных образовательных технологий можно рационально сочетать профессиональный интерес обучающихся к новым методам обучения, способствовать формированию таких общих способностей и компетентностей, как способность применения знаний на практике, повышение уровня практических знаний и умений, умение работать в команде.

Литература:

1. Концепция реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан -2006.
2. Issenberg, S. B., et al. 1999. Effectiveness of a computer-based system to teach bedside cardiology. Acad Med 74(suppl.):S93-S95.

Дәрігер-интерндердің кәсіптік құзыреттілігін қалыптастыруда қазіргі заманғы білім беру технологияларын пайдалану

Ж.Қ. Смаилова, Л.К. Қаражанова, Е.С. Кұлыспаев

Осы жұмыста авторлар дәрігер интерн-реаниматологтарды дайындау мәселелерін қарастырады. Авторлар болашақ мамандардың кәсіптік құзыреттілігін қалыптастыру үшін жаңа инновациялық технологияларды пайдалану әдістемелерін қарастырады. Сонымен қатар манекендер мен тренажерлерді пайдалана отыра дәрігер-интерндердің клиникалық дайындығын жетілдіру жолдары қарастырылады.

Adaptation of modern educational technologies in formation of professional competence of doctors – interns

Zh.K. Smailova, L.K. Karazhanova, E.S. Kuluspaev

In the article the authors considers a problem of preparation of doctors. Authors describe a technique of adaptation of new innovation technologies for formation of professional competence of the future experts. Ways of perfection of clinical preparation of doctors are besides considered during training with use of dummies and training apparatus.

Государственный медицинский университет г.Семей

Подписано в печать 30.06.2010 г.

Формат А4. Объем 13,0 усл.п.л. Тираж 300 экз.

Адрес: 071400, г. Семей, ул. Абая, 103