



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



1' 2012

Semey - Семей

Министерство
здравоохранения Республики
Казахстан.

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

НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинский научно-практический журнал

№ 1 2012 г.

Журнал основан в 1999 г.

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

Учредитель:
Государственный
медицинский университет
г. Семей

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

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

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

Технический секретарь
Сапаргалиева Э.Ф.

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

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии
Государственного
медицинского университета
г. Семей

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

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

Редакционный совет:

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

Редакционная коллегия:

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

Содержание

Организация здравоохранения Республики Казахстан	
Р.А. Исламов, А.А. Азембаев	5
Современные проблемы разработки новых лекарственных средств	
Обзоры	
А.М. Елисинова	7
Медико-социальная характеристика семей, воспитывающих детей-инвалидов (обзор литературы)	
Статьи	
А.М. Утегенова, Б.А. Жетпісбаев, О.З. Ілдербаев	10
6 гр гамма-сәуленің әсерінен егеуқұйрықтардағы иммундық жүйенің жас ерекшелігіне байланысты өзгерісі	
А.М. Кирпина, Б.А. Жетпісбаев, О.З. Ілдербаев	12
6 гр гамма-сәуленің әсерінен егеуқұйрықтардағы липидтердің асқын тотығуы және энергиялық алмасудың жас ерекшелігіне байланысты өзгерісі	
Х.Т. Жигитаев, С.А. Шмурыгина, Е.Е. Сергеева	14
Организация проведения карантинизации плазмы на опыте Восточно-Казахстанского областного центра крови	
Х.Т. Жигитаев, С.А. Шмурыгина, Е.Е. Сергеева, О.В. Мухина	17
Анализ использования эритроцитсодержащих компонентов крови в медицинских организациях Восточно-Казахстанской области	
Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, К.Ш. Амренова, Н.А. Жоргатаева, А.О. Изгутенова	18
Сравнительная характеристика микроорганизмов, наиболее часто вызывающих пневмонию у детей	
К.Ш. Амренова, Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, Н.А. Жоргатаева, А.О. Изгутенова	20
Чувствительность микроорганизмов, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию у детей в городах Алматы и Семей	
Г.Т. Киыкбаева	22
Роль антитромбоцитарной терапии в лечении больных ишемической болезнью сердца	
У.Р. Аргандыкова, Г.Т. Киыкбаева, Ф.Т. Апбасова, А.К. Жилкайдарова, А.О. Шалгумбаева	23
Современные подходы к лечению мерцательной аритмии	
Г.Т. Киыкбаева	25
Некоторые аспекты лечения больных коронарной болезнью сердца	
Г.Т. Киыкбаева, Г.К. Омарова, Г.Х. Шерьязданова, А.К. Жилкайдарова, А.О. Шалгумбаева	27
Диагностика и современные аспекты лечения хронической обструктивной болезни легких	
К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Е.А. Ибраев, И.М. Баильдинова, И.Е. Соловьев, И. Мырзагалиева	28
Лекарственно - устойчивый туберкулез легких	
М.М. Гладинец, З.С. Сапкин, Ш.Ш. Нурашев	30
Значение амбулаторной хирургии в современных условиях работы хирурга	
Т.Б. Тулеутаев, Е. Омирханов, М.К. Джакиянов, Д.С. Токенов	32
Способ предупреждения кашля после экстубации	
М. Санбаев	33
Лечение ранней спаечной кишечной непроходимости после аппендэктомии у детей	
М. Санбаев	35
Омырау жасындағы балаларда парапроктитті емдеу	
С.В. Автушко, Г.З. Кушенева, А.К. Ахметбаева	37
Магнитно-резонансная томография головного мозга с одномоментной оценкой интра- и экстракраниальных сосудов головного мозга при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения	
Н.К. Султанова, Б.С. Килыбаева, Н.К. Шаймарданов	40
Клинические проявления и лечение поверхностного кандидоза	
Ж.Н. Нурмухамбетов, Е.В. Зонова, М.О. Курбанов, А.Ж. Нурмухамбетова, А.М. Узакова, Е.Т. Габитова	41
Клиническая эффективность альфа-адреномиметиков при наружном применении	
Н.К. Султанова, Н.К. Шаймарданов, Б.С. Килыбаева	43
Клиническая характеристика паранеопластических дерматозов	
Е.В. Зонова, Ж.Н. Нурмухамбетов, М.З. Нурмухамбетова, М.О. Курбанов, Б.Б. Жумабекова	45
Урогенитальная микоплазменная инфекция у женщин	
Е.В. Зонова	47
Целесообразность и эффективность централизации лабораторных исследований в диагностике инфекций, передающихся половым путем	

К.С. Маусунбаев	50
Препарат "Эпиген-интим" спрей в лечении генитального вируса папилломы человека	
Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина	52
Клиническая эффективность лечения генитальной герпетической инфекции Эпигеном и Виусидом	
Е.В. Зонова, Ж.Н. Нурмухамбетов, Р.М. Жаманбалинова, А.Ж. Нурмухамбетова, М.О. Курбанов, Н.Т. Нахатова	53
Полимеразная цепная реакция в диагностике вирусных урогенитальных инфекций	
К.С. Маусунбаев	55
Жыныстық ұшықтың емінде ронколейкинді қолдану	
Н.Е. Аукунов	57
Лабораторная диагностика хламидийной инфекции	
Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина	58
Клинические проявления хламидийной инфекции у женщин	
Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина	61
Пути лечения папилломавирусной инфекции	
Н.К. Шаймарданов	63
Эффективность применения иммунофана в лечении урогенитального хламидиоза	
О.Д. Исабаев	64
Структура заболеваемости урогенитальным хламидиозом среди беременных в Семейском регионе	
Н.К. Шаймарданов	66
Иммуноактивный эффект иммунофана при урогенитальном хламидиозе	
Ж.Б. Бабашева, Л.А. Туребаева, Г.А. Хамитова	67
Синдром задержки внутриутробного развития плода	
С.М. Гарбузенко	69
Неинвазивная детоксикация в профилактике и лечении гестозов лёгкой степени	
Н.Н. Сахнова	71
Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в городе Семей Восточно-Казахстанской области за период с 2001 по 2011 годы в сравнении с эпидемиологической ситуацией в Республике Казахстан	
Ж.А. Тютенова, Б.С. Демисенова, М.Х. Хамзин	73
Социально-психологическая помощь ВИЧ-инфицированным. Опыт работы ГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»	
Н.Н. Сахнова, Л.Ю. Аймурзина, С.Р. Калиева	75
Анализ результатов дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, среди пациентов с симптомами инфекций, передаваемых половым путем, в городе Семей Восточно-Казахстанской области за 2011 год в сравнении с 2009-2006г.г.	
К.Ш. Жылкыбаева	77
Вопросы этиологии и патогенеза цирроза печени	
М.Ж. Аяганова, Н.О. Балтабаева, К.Ш. Жылкыбаева, Р.О. Коканова, Е.Ш. Нурашев, Д.М. Санбаев	79
Основные принципы диагностики цирроза печени	
К.Ш. Жылкыбаева, Н.О. Балтабаева, Р.О. Коканова, Е.Ш. Нурашев, М.Ж. Аяганова, Д.М. Санбаев	80
Основные принципы лечения цирроза печени	
Е.Ш. Нурашев, К.Ш. Жылкыбаева, Д.М. Санбаев, Н.О. Балтабаева, М.Ж. Аяганова	83
Нестероидные противовоспалительные препараты и желудочно-кишечный тракт	
К.Ш. Жылкыбаева, М.Ж. Аяганова, Е.Ш. Нурашев, А.М. Берекенова, Н.О. Балтабаева, Д.М. Санбаев	84
Лечение НПВП-гастропатии	
К.Ш. Жылкыбаева	86
Применение тамипула в гастроэнтерологической практике	
Д.М. Санбаев, Н.О. Балтабаева, Е.Ш. Нурашев, К.Ш. Жылкыбаева, М.Ж. Аяганова	87
Особенности ГЭРБ у больных бронхиальной астмой	
А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабаетова, Р.Р. Сейтканова, Б.Курмангажина	89
Қант диабеті – ғасыр дерті	
Ж.О. Жакиянова, Б.К. Ерсаяханова, Л.О. Абдикаримова, Б.М. Аскаров, М.Т. Сытдыкова, И.А. Гноевых, Д.М. Кусаинова	91
Значение аллергического фактора в этиопатогенезе аденоидов и хронических аденоидитов у детей	
Г.К. Бураханова	93
Эффективность метода «психологической очистки издержек семейного воспитания» у детей с неврозами	
А.А. Алмагамбетова	95
Особенности психотерапевтической реабилитации больных, перенёсших острый инфаркт миокарда	

Д.У. Кенесары, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова, А.Т. Досмухаметов Медико-организационные аспекты заболеваемости населения региона Карачаганакского месторождения	99
А.М. Оразымбетова Питьевая вода как фактор риска для здоровья населения в регионе ядерного полигона «Азгыр»	100
Т.К. Ерубает, С.Т. Базарханова, Г.О. Агажаева, Х.Ж. Илюбаев, Ш.Т. Кашкимбаева, К.А. Мукаметжанова, А.К. Ускабаева Гигиеническая оценка безопасности воды источников хозяйственно-питьевого водоснабжения	101
У.И. Кенесариев, А.Т. Досмухаметов, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова Использование методологии оценки риска при обосновании размера санитарно-защитной зоны Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения (КНГКМ)	104
Г.О. Агажаева Роль тренировочных учений в обеспечении готовности служб на случай выявления больного с подозрением на карантинные и особо опасные инфекции в Восточно-Казахстанской области	105
У.И. Кенесариев, А.Е. Ержанова, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов, Д.У. Кенесары Уровень и структура заболеваемости населения в регионе Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения	107
У.И. Кенесариев, Д.У. Кенесары, А.Е. Ержанова, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов Оценка демографической ситуации в регионе Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения	108
У.И. Кенесариев, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов, А.Е. Ержанова, А.А. Баймухамедов Оценка риска здоровью населения региона ядерного полигона «Азгыр» от химического загрязнения воды	110
У.И. Кенесариев, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов, А.Е. Ержанова, А.Ф. Иманалин, Ж.Ж. Бекенова Качество основных объектов окружающей среды региона Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения	111
У.И. Кенесариев, А.Т. Досмухаметов, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова, А.А. Баймухамедов Уровни загрязнения воздушных бассейнов городов Республики Казахстан мелкодисперсными фракциями пылевых частиц (PM ₁₀ и PM _{2,5})	112
Т.К. Ерубает, Х.Ж. Илюбаев, Г.О. Агажаева, К.А. Мукаметжанова, А.У. Абдразакова, Б.С. Мукиева, А.К. Ускабаева, Ш.Т. Кашкимбаева Деятельность санитарно-эпидемиологической службы Восточно-Казахстанской области в условиях таможенного союза	113
Р.К. Пшембаева Одонтоскопические методы изучения фронтальных и жевательных зубов жителей Семипалатинского региона	115
С.К. Кабдыканов Опыт применения мягкой подкладки Bisico Softbase Primer для перебазировки съемных протезов	119
Случаи из практики	
С.Е. Слямгазина, А.К. Мухамеджанова, Н.Б. Ногайбаев, А.Н. Жұмай ШҚО Үржар ауданы бойынша 2011 жылы сібір жарасы ауруының тіркелуі: заңшылдықтың дамуы	121
М.Н. Оспанова Случай тяжелой двухсторонней тотальной пневмонии	124
О.Н. Гарбузенко Лечение дислипидемии методом экстракорпоральной гемокоррекции (клинический случай)	126
С.К. Нурланов Остеосинтез фиксаторами с термомеханической памятью формы и чрезкостный остеосинтез при переломах проксимального и дистального сегмента плечевой кости у детей школьного возраста	127

УДК 614.275

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Р.А. Исламов, А.А. Азембаев

РГП «Научный центр противинфекционных препаратов», г. Алматы

Резюме

В статье сформулированы и показаны проблемы, с которыми сталкиваются разработчики новых лекарственных средств. Их можно условно разбить на три направления: экономическая эффективность – технология – наука. Успешное решение всех трех направлений проблем позволят значительно продвинуться в разработке новых высокоэффективных лекарств.

Ключевые слова: разработка лекарственных препаратов; экономическая эффективность; технология; наука.

Тұжырым

ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ЖАҢА ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫ ӨНДЕУДЕГІ МӘСЕЛЕРДІ ШЕШУ

Р.А. Исламов, А.А. Азембаев

Жаңа дәрілік заттарды өндірушілер, мақала тұжырымдамасы мен мәселелерде түйісіп кездесіп жатады. Оларды үш бағытқа бөлуге болады: экономикалық тиімділік – технология – ғылым. Жоғары тиімді жаңа дәрілік заттарды өндеудегі барлық үш бағыттағы жетістіктердің дамуына, мәселелерді шешуіне келісім береді.

Кілтті сөз: дәрілік препараттарды өңдеу; экономикалық тиімділік; технология; ғылым.

Summary

MODERN PROBLEMS OF WORKING OUT OF NEW MEDICAL PRODUCTS

R.A. Islamov A.A. Azembayev

In article problems which developers of new medical products face are formulated and shown. They can be broken into three directions conditionally: economic efficiency - technology - a science. The successful decision all three directions of problems will allow to promote considerably in working out of new highly effective medicines.

Keywords: Working out of medical products; Economic effect; Technology; Science.

Разработка новых лекарственных препаратов является весьма перспективным направлением. За прошедшее десятилетие в сфере разработки лекарственных средств произошли крутые перемены, и прежде всего в технологическом измерении. За относительно короткий период такие новейшие научные подходы как геномика, протеомика, метабомика, нанотехнология, IT-технологии и т.д. прошли путь развития от лабораторного уровня до стадии получения коммерческих платформ и их широкого применения на практике. Разработка лекарств приобрела черты не только целенаправленного, но вполне контролируемого процесса. Появились такие системные подходы как визуализация и анализ биологических структур от молекулярного до уровня целого организма в 4-х измерениях (Bioimaging). С помощью биоинформационного процесса селекции молекул потенциальных лекарств на их эффективность и токсичность многократно ускорился. Активно развивается и робототехника. Так, высокопроизводительный скрининг (High-throughput screening, HTS) позволяет исследователю быстро проводить миллионы химических, биологических и фармакологических тестов [1]. Правда несколько отстает виртуальный скрининг (Virtual screening, VS), который во многом зависит от скорости выполняемых операций в секунду. Несмотря на создание петафлопного компьютера (10^{15} операций в сек), разработчикам пока не удается его уменьшить в размерах, и приспособить к широкому использованию. Казалось бы, активное развитие процесса разработки лекарств должен был привести к увеличению количества продукции и появлению на фармацевтическом рынке принципиально новой продукции, однако это не произошло. Так, по оценке американских экспертов, количество регистрируемых новых лекарственных препаратов в США упало со среднего значения 31 (в период с 1990 по 1999) до 24 (с 2000 по 2009). Причем максимальный пик наблюдался в 1996 году, когда было зарегистрировано 54 препарата [2,3].

В результате анализа литературных данных состояния разработок лекарственных препаратов выявлен ряд основных проблем:

- Широкую огласку получили проблемы связанные с эффективностью и безопасностью, как новых лекарственных средств, так и дженерических препаратов. Это в свою очередь сказалось на имидже некоторых компаний, снижению стоимости акций и привело к потере доверия. В результате чего, контролирующие органы усилили процесс контроля, а процесс регистрации стал более длительным. Как показывает практика, новым лекарствам в первое время трудно конкурировать с дженерическими препаратами, так как эффективность первых проявляется через несколько лет. Также в производстве лекарственных препаратов участвуют фармацевтические компании с устоявшимися рынками сбыта, а замена технологии производства дженериков на выпуск оригинальной продукции требует дополнительных инвестиций и времени.

- Серьезные проблемы возникают на ранних этапах разработки нового лекарства. На этих этапах, переменных, влияющих на ход и результативность процесса гораздо больше. Например, количество научных исследований и разработок, вероятность успеха, стоимость, время разработки и т.д. Не меньшее значение имеет природа разрабатываемого лекарства, или это результат химического синтеза, или биологический препарат, причем у второго типа вероятность успеха выше [3]. Поэтому успех разработки оригинальных лекарств во многом зависит от правильного планирования и распределения ресурсов.

- Несколько особняком стоит глобализация рынка и проблемы связанные с ней. Тем не менее, глобализация фарминдустрии идет полным ходом. По мнению некоторых экспертов, это привело к снижению конкуренции на рынке и снижению инвестиций в разработке лекарств [2]. Небольшие фармацевтические компании не могут конкурировать с более крупными фирмами, поскольку у них доход намного ниже, а значительная часть прибыли расходуется на приобретение дорогих технологий и оплату различных услуг по регистрации своей продукции.

- Одним из ключевых рисков факторов является высокая стоимость разработки. Известно, что процесс разработки и испытания одного нового лекарственного препарата, в среднем занимает 13,5 лет, а стоимость переваливает за 1 млрд. долларов США (\$).

В мире, за период с 1970 года по 2005 год, затраты на разработку новых лекарственных препаратов выросли с 114 млн. до 1,3 млрд. \$ [5]. На стадию предклинических исследований приходится около 425 млн., на I-III клинические фазы 850 млн. \$ [6]. Несколько дешевле обходится разработка биофармацевтической продукции (моноклональные антитела, рекомбинантные белки и т.д.). Здесь затраты на предклинические исследования составляют около 198 млн., а клинические исследования обходятся в 361 млн. \$. [7]. Поэтому, неудача на последних этапах, имеет самые серьезные последствия, чем на ранних. Это во многом происходит из-за безопасности и/или эффективности нового препарата, а иногда из-за низкого качества проводимых испытаний [1-4].

- Несмотря на большие успехи в технологии разработки лекарств, так и не произошло смены старой модели – «одна мишень и одно лекарство», которая во многом себя исчерпала [8]. В основе этого примера положены способы моделирования молекулярных структур и их взаимодействия. Довольно часто исследователи упрощали и даже пренебрегали такими физико-химическими процессами как сольватация, межмолекулярные взаимодействия (особенно для систем, состоящих более чем из двух молекул) и т.д. [9]. Мишенями лекарств в организме являются сложные биологические молекулы (белки, нуклеиновые кислоты, липиды и т.д.). Расчет энтропии (S) таких сложных молекул затруднен, так как обычно, энтропию определяют экстраполяцией данных по теплоемкости к абсолютному нулю. Хорошим примером может служить изучение термодинамических и кинетических процессов взаимодействия ингибиторов протеиназы ВИЧ-1 [10-12]. Поэтому, термодинамическая составляющая в разработке новых лекарств, требует серьезных доработок.

- Еще сложнее дело обстоит с пониманием самого патологического процесса. Ярким примером могут служить сердечно-сосудистые патологии [13]. Количество факторов задействованных в развитии патологического процесса достигает нескольких десятков [13]. Среди инфекционных заболеваний особый интерес представляет сепсис, который можно охарактеризовать как иммунный ответ на бактериемию с вовлечением систем организма. В частности, исследователями был обнаружен новый подтип В-лимфоцитов играющие важную роль в раннем иммунном ответе на патогены [14]. По этому, успех терапии заключается не только в использовании эффективных антибиотиков, но и препаратов корректирующих работу иммунной системы. Подобная проблема существует в изыскании новых и противовирусных препаратов. В тоже время, поиск осложняется тем, что уже на стадии клинических испытаний появляются штаммы устойчивые к новому антибиотику [15]. Не решен вопрос с использованием подходящих, адекватных биологических моделей, на которых можно воспроизвести ту или иную патологию. Известно, что не существует универсальной экспериментальной модели, на которой можно было полностью изучить токсические эффекты нового препарата. Даже использование трансгенных животных не обеспечивают релевантность результатов применительно к человеку [16,17]. Все это значительно затрудняет поиск и разработку новых лекарственных препаратов.

Таким образом, сформулированные и представленные проблемы, с которыми сталкиваются разработчики новых лекарств, можно разделить на три категории. К первой категории можно отнести проблемы, в основе

которых положена экономическая эффективность. Проблемы второй категории имеют причинно-следственную связь с используемыми технологиями. Третья, наиболее сложная категория, включает проблемы связанные с пониманием устройства и функционирования биологических систем. Все эти три категории проблем требуют более глубокого и всестороннего изучения, поскольку они между собой тесно взаимосвязаны. Успешное решение всех трех категорий проблем позволят значительно продвинуться в разработке новых высокоэффективных лекарств.

Выводы: на основе литературных данных выявлены основные проблемы, решение которых активизирует развитие процесса разработки лекарств и приведет к появлению на фармацевтическом рынке принципиально новой продукции.

Литература:

1. Drug discovery handbook. Ed. by Sh.C. Gad. New Jersey: John Wiley&Sons, 2005. 1471p
2. LaMattina J.L. The impact of mergers on pharmaceutical R&D // Nature Reviews Drug Discovery. 2010. Vol. 10. P.559-560
3. Paul S.M. et al. How to improve R&D productivity: the pharmaceutical industry's grand challenge // Nature Rev. Drug Discov. 2010. Vol. 9. P.203-214
4. Goodyear M. Learning from the TGN1412 trial // BMJ. 2006. Vol. 332. P. 677-678
5. DiMasi J.A., Hansen R.W., Grabowski H.G. The price of innovation: new estimates of drug development costs // Journal of Health Economics. 2003. Vol. 22. P.151-185
6. Early drug development. Ed. By M.N. Cayen New Jersey: John Wiley & Sons, 2010. 630p
7. DiMasi J.A., Grabowski H.G. The cost of biopharmaceutical r&d: is biotech different? // Manage. Decis. Econ. 2007. Vol. 28. P.469-479
8. Hopkins A.L. Network pharmacology: the next paradigm in drug discovery // Nat. Chem. Biol. 2008. Vol.4. No.11. P.682-690
9. Chang R.L., Xie L., Xie L., Bourne Ph.E., Palsson B.O. Drug off-target effects predicted using structural analysis in the context to metabolic network model // PLoS Computational Biology. 2010. Vol. 6. No. 9. e1000938
10. Marshall G.R. Limiting assumptions in structure-based design: binding entropy // J. Comput. Aided. Mol. Des. 2012. Vol. 26. P.3-8
11. Chang Ch. A., Chen W., Gilson M.K. Ligand configurational entropy and protein binding // PNAS. 2007. Vol. 104. No. 5. P.1534-1539
12. Shuman C.F., Hämäläinen M.D., Danielson U.H. Kinetic and thermodynamic characterization of HIV-1 protease inhibitors // J. of Molecular Recognition. 2004. Vol. 17. No. 2. P.106-119
13. Сарвилина И.В., Каркищенко В.Н., Горшкова Ю.В. Междисциплинарные исследования в медицине. М.: Техносфера, 2007. 368с.
14. Rauch P.J., Chudnovskiy A., Robbins C.S. et al. Innate response activator b cells protect against microbial sepsis // Science, 2012. DOI:10.1126/science.1215173
15. Kumarasamy K.K., Toleman M.A., Walsh T.R. et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study // The Lancet Infectious Diseases. 2010. Vol. 10. No. 9. P. 597-602
16. Principles of laboratory animal science. Eds. L.F. Van Zutphen, V. Baumans, A.C. Beynen. Elsevier, 2001. 416p.
17. Scheer N., Kapelyukh Y., McEwan J., Beuger V., Stanley L.A., Rode A., Wolf C.R. Modeling human cytochrome p450 2d6 metabolism and drug-drug interaction by a novel panel of knockout and humanized mouse lines // Mol. Pharmacol. 2012. Vol. 81. No. 1. P.63-72

УДК 612.2–053.2–056.24+316

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
(обзор литературы)****А.М. Елисинова,****Докторант PhD ГМУ г. Семей****Резюме**

В мире каждая четвертая семья имеет родственника-инвалида. Большинство детей-инвалидов живет в семьях. Однако во всем мире публикуется очень мало информации и проводится недостаточно обследований по положению таких семей, недооценивается значимость социально-гигиенических условий и психологического климата в семье как факторов, влияющих на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий и профилактики инвалидности.

Тұжырым**МҮГЕДЕК БАЛАЛАРДЫ ТӘРБИЕЛЕЙТІН ЖАҢҰЯЛАРДЫҢ МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК СИПАТЫ
(әдебиеттік шолу)****А.М. Елисинова**

Әлемде әрбір төртінші жаңұяда мүгедек туысқаны бар. Мүгедек балалардың басымы жаңұяда тұрады. Бірақ бүкіл әлемде мұндай жаңұялар туралы ақпараттар өте аз және олардың жағдайы бойынша зерттеулер жеткіліксіз жүргізіледі, яғни бұл жаңұялардағы әлеуметтік-гигиеналық жағдайлар мен психологиялық климаттың, емдік-реабилитациялық шаралардың тиімділігіне және мүгедектілікті алдын алуға әсер ететін факторлар ретінде маңыздылығы толығымен ескерілмейді.

Summary**MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTIC OF FAMILIES WITH DISABLED CHILDREN (literature review)****A. Yelissinova**

In the world of every four households has a disabled family member. The majority of disabled children live in families. However, the world is very little published information is insufficient, and surveys on the situation of these families, underestimated the importance of social and hygienic conditions and psychological climate in the family as factors influencing the effectiveness of treatment and rehabilitation, and prevention of disability.

Детская инвалидность – не только важная медико-социальная, но и экономическая проблема, поскольку она влечёт за собой большие экономические потери для общества, выражающиеся не только в прямых расходах на пенсионное, социальное обеспечение, лечение и реабилитацию инвалидов, но и уменьшает экономический потенциал, отрицательно сказывается на производстве валового внутреннего продукта (и национального дохода как его основной составляющей части), снижает уровень стратегической безопасности нации [1, 2, 3]. Дети являются потенциалом для оптимального воспроизводства населения и состояния его здоровья в будущем [4, 5].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более миллиарда человек, или около 15% населения мира живут с какой-либо формой инвалидности [6].

Численность инвалидов по состоянию на 1 января 2011 года составляет 506,4 тыс. человек, в том числе 45,8 тыс. детей-инвалидов. Число инвалидов относительно общей численности населения страны составляет 2,9% [7].

В мире каждая четвертая семья имеет родственника-инвалида. Большинство детей-инвалидов живет в семьях. Однако во всем мире публикуется очень мало информации и проводится недостаточно обследований по положению таких семей, недооценивается значимость социально-гигиенических условий и психологического климата в семье как факторов, влияющих на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий и профилактики инвалидности [8, 9].

В современном мире формируется понимание, что семья - это микросоциум, в котором происходит становление и развитие ребенка-инвалида, результаты которого зависят, в конечном счете от того, будет ли этот социум позитивным или негативным, и государство должно взять на себя основную ответственность за

сбор информации об условиях жизни инвалидов и содействовать проведению комплексных исследований по всем аспектам, определяющим качество жизни детей-инвалидов и их семей.

Появление в семье ребенка-инвалида в подавляющем большинстве случаев переживается родителями как сильнейшая стрессовая ситуация, в которой они порой оказываются беспомощными [10, 11, 12 и др.]. Их положение характеризуется как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик [13].

Семьям детей с интеллектуальной недостаточностью присущи специфические проблемы: комплекс вины у родителей, комплекс неполноценности у других детей в семье, неправильное восприятие потенциальных возможностей ребенка, проблемы досуга, распад семьи [14].

Семьи, имеющие детей-инвалидов, как правило, испытывают не только психологические проблемы, но и существенные материальные трудности [15, 16, 17]. Около 20% - 30% из них находятся на грани нищеты [18, 19, 20]. В каждой шестой (15,4%) семье, имеющей ребенка-инвалида, среднемесячный доход равен пенсии, получаемой на ребенка-инвалида [21]. У 2/3 семей с ребенком-инвалидом едва хватает средств на оплату жилья, коммунальных услуг и покупку самых необходимых продуктов питания [22]. Из-за материальных трудностей нет возможности регулярно привозить детей на осмотр в специализированные лечебно-реабилитационные центры [23].

Материальные затруднения составляют основу конфликтных ситуаций в семье ребенка-инвалида в 59,6% случаев, жилищная неблагоустроенность - в 28,7%, трудности воспитания больного ребенка - в 19,6% [16]. До 30% отцов, не выдержав тягот воспитания дезадаптивного ребенка, оставляют семьи [15]. По данным других авторов, в неполных семьях воспитыва-

ются около 15% всех детей-инвалидов, в том числе 8,6% в семьях, распавшихся по причине развода родителей. В городах по сравнению с сельскими районами число детей-инвалидов, проживающих в неполных семьях достоверно больше (20,8% против 15,0%). Чаще всего живут в неполных семьях, возникших из-за развода родителей, дети с тяжелыми заболеваниями, имеющие неблагоприятный прогноз и длительное лечение [24, 25].

Как известно, особое значение для воспитания, обучения и гармоничного развития ребенка-инвалида имеет мать, на плечи которой ложатся и тяготы повседневной жизни, и необходимость адаптации ребенка к жизни. По материалам исследования, проведенного А.А.Свинцовым в Вологодской области, каждая 5-ая мать, воспитывающая ребенка-инвалида, не работает, причем среди неработающих матерей преобладают лица молодого возраста. Уровень социальной защищенности таких матерей не повышается даже при определении им надбавки за уход за ребенком-инвалидом [26].

Доказано, что факторы социального риска (юный возраст матери при рождении ребенка, многодетная семья, неблагоприятные материально-бытовые условия) определяют недостаточную медицинскую активность родителей в восстановительном лечении ребенка и тем самым предопределяют пролонгирование и усугубление инвалидизирующей патологии у больного ребенка [27].

Во многих случаях отсутствует или затруднен отпуск дорогостоящих медикаментов [23]. По данным Д.И.Кича и Г.Ю.Окуновой, большинство семей вынуждены использовать платные виды медицинских и социальных услуг: 44% семей платят за лечение и медицинские процедуры, 19,7% оплачивают путевки санаторного типа для ребенка-инвалида, 11% сами покупают необходимые ребенку приспособления и аппараты, 7,1% платят за индивидуальное обучение [28]. 30,7% семей пытаются создать оптимальные условия для лечения и реабилитации ребенка по мере своих возможностей, 24,0% семей - не имеют таких материальных возможностей [29].

Необходимо подчеркнуть, что почти все родители нуждаются в информации о возникновении, течении и прогнозе заболевания, ожидаемых социальных трудностях, методике проведения восстановительного лечения в домашних условиях, т.е. во всех тех сведениях, которые обязан довести до сведения родителей врач, частью в устных беседах, частью с помощью специальной литературы [28, 30, 31].

Медико-социальный портрет семей, воспитывающих детей-инвалидов с ДЦП, характеризуется более плохими жилищно-материальными условиями, низким образовательным статусом родителей, снижением количества зарегистрированных браков (66,0%), более высокой частотой гиперпротекции (30,3%), потворствованием прихотям ребенка (23,5%) и фобией его утраты (25,7%). В то же время многие семьи отличаются низкой медицинской активностью, пассивным отношением к заболеванию ребенка, что проявляется обособленностью их от других семей, воспитывающих детей с ДЦП, отказом от участия в общественно-культурных мероприятиях, организованных для детей-инвалидов, недостаточной обеспеченностью пациентов средствами реабилитации [32].

По материалам исследования, проведенной М.К.Алдамжаровой в г. Алматы в 2005 г., где при социально-гигиенической характеристике семьи, имеющей ребенка-инвалида, наибольшую долю (74%) составили семьи, имеющие детей в возрасте 7-14 лет, при высо-

ком удельном весе неполных семей, а также родителей трудоспособного возраста различного социального статуса. В 21% случаев единственным доходом семьи является пособие на ребенка, а в 75% семей на одного человека приходится менее 2-х расчетных показателей в месяц, что делает более острой нужду в специальном оборудовании, устройствах и реабилитационных пособиях. При этом только 10% семей имеют какое-либо оборудование и специальные приспособления для бытовой адаптации и комплексной реабилитации детей-инвалидов.

Необходимые условия для лечения и реабилитации создаются только в 27,4% семей. Только 29,9% семей имеют реальное представление о диагнозе своего ребенка, 23,2% семей освоили элементарные приемы реабилитации (как правило, те, кто прошел лечение в центральных клиниках), но из них регулярно проводят освоенные ими мероприятия только 18,0% семей. Несмотря на то, что стремление к знаниям по вопросам лечения и воспитания ребенка-инвалида имеет значительная часть родителей, специальная литература по этим вопросам имеется только в 25,8% семей, то есть в настоящее время роль участия семьи в реабилитационном процессе невысока.

В исследовании показано, что больной ребенок обостряет имеющиеся внутренние конфликты в семье и, в отсутствие психологической помощи, конфликты в семье между родителями, связанные с больным ребенком, наблюдались в 67,2% случаев, с родственниками в - 52,4%. 65,1% семей в этой группе распались после рождения ребенка с отклонением в развитии, в 68,9% семей нет адекватного понимания личностных особенностей и психологических механизмов нарушения поведения у их детей, около 43% родителей до конца не представляют перспектив и возможностей реабилитации своего ребенка и 32,3% имеют ориентацию на полное выздоровление, что мешает своевременному максимальному приспособлению всех членов семьи и родственников к новым условиям существования.

Социально-психологический анализ семей показал, что воспитанием детей преимущественно занимаются матери, как в полных семьях (61,0%), так и в неполных семьях (78,0%>), причем роль прародителей во всех семьях незначительная: 16,0% - в полных семьях и 18,0% - в неполных, что свидетельствует о снижении воспитательной функции в семье в результате разобщенности, внутрисемейной конфликтности, разводов, оказывающих негативное влияние на психосоциальное развитие ребенка. Так, наличие внутрисемейных конфликтов, дисфункциональность отношений отмечено среди 54,0% семей. При этом выраженный неблагоприятный психологический климат в семье с частыми бурными конфликтами, отсутствием взаимопонимания и духовной близости выявлен среди 21,0% семей, относительно неблагоприятный психологический климат с периодическими конфликтами, неустойчивым характером взаимоотношений имели 33% семей. В целом, благополучными считали себя 46,0% семей, а 54,0% семей были с неблагоприятным внутрисемейным психологическим климатом, что явилось важным фактором формирования психической патологии у детей.

Медицинская и социальная активность родителей играет большую роль в лечении и реабилитации детей и составляет важную проблему в современных социально-психологических условиях. Низкая медицинская активность родителей отмечалась среди 54,0% семей, удовлетворительная - среди 24,0%, высокая - среди 22,0%. Однако, следует помнить, что в условиях реформирования здравоохранения изменилось отноше-

ние людей к деятельности медицинских учреждений в сторону ухудшения, достигая 70,3%), чему способствует снижение профессионализма медицинских работников, изменение системы оплаты и т.д. [33].

Таким образом, исследование социально-гигиенических и семейно-бытовых проблем семей с детьми-инвалидами представляется весьма актуальным, что определило необходимость в дальнейшем проведении социологического исследования в г. Семей, которое поможет изучить медико-социальную характеристику семей воспитывающих детей-инвалидов вследствие ДЦП и также выявить потребности семей воспитывающих детей-инвалидов вследствие ДЦП в основных видах медицинской и социальной помощи, так как это служит научной базой при планировании и оказании медико-социальной помощи со стороны государственных и негосударственных служб.

Литература:

- Ерофеев Ю.В., Усков П.А., Турчанинов Д.В. О системе социально-гигиенического мониторинга инвалидизации сельского населения //Здоровье населения и среда обитания. – 2005. – № 11 (152). – С. 19-23.
- Зелинская Д.И. Детская инвалидность (медико-социальное исследование): автореф. дисс...докт. мед. наук: 14.00.33/ Д.И. Зелинская – М. – 1998. – 53 с.
- Яковлева Т.В. О возможностях предотвращения детской инвалидности в России //Вопросы современной педиатрии. – 2004. – т. 3. – №3. – С. 16-18.
- Астахова, Л.В. Современные подходы и технологии в реабилитации детей-инвалидов с заболеваниями нервной системы: автореф. дис...канд. мед. наук: 14.00.33/ Астахова Людмила Васильевна. — Красноярск, 2002. – 25с.
- Баранов А.А., Щеплягина Л.А., Ильин А.Г. Подпрограмма «Здоровый ребенок» федеральной программы «Дети России» // Права ребенка. 2003. -№1.-С. 5-9.
- Всемирный доклад инвалидности. - 2011. - С. 8.
- Национальный план действий на долгосрочную перспективу по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012 – 2018 годы. - Астана. 2011 - 1с.
- Гурвич, Н.И. Состояние здоровья детей-инвалидов дошкольного возраста и факторы его определяющие: автореф. дис...канд. мед. наук: 14.00.33. / Н.И. Гурвич. - М., 1997. - 26 с.
- Tragakes, E. Health care systems in transition: Russian Federation Текст. / E. Tragakes, S. Lessof, ed E. Tragakes. - Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2003. - 195 p.
- Евсеева, Г.П. Содержание химических элементов в крови и волосах у детей дошкольников, проживающих в г. Хабаровске // Дальневост. мед. журн.-2006.- №1.- 11 - 15.
- Сарычева, Я. Основные медико-социальные проблемы инвалидности в детском возрасте Текст. / Я. Сарычева // Педиатрия. — 1990.-№12.-С. 4-10.
- Stanley, F.J. Текст. / F.J. Stanley, E. Blair // Med. J. Austr. - 1991. - Vol.154, № 6. - P. 622-626.
- Bergstrom, L. A high risk registry to find congenital deafness Текст. / Bergstrom, W.G. Hemenway, M.P. Downs // Otolaryngol. Clin. North. Am. -1971.-№ 4. - P. 369-399.
- Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов Текст. / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко; под общ. ред. С.П. Евсеева. - М., 2001. -320 с.
- Гублер, Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии Текст. / Е.В. Гублер. - Л.: Медицина, 1990. - 176 с.
- Лисицын Ю.П. Слово о здоровье Текст. / Ю.П. Лисицын. - М., 1986.-283 с.
- Цыбульский, В.Б. Возрастная детская инвалидность и ее региональные особенности Текст. / В.Б. Цыбульский, Т.А. Соколовская // Детская и подростковая реабилитация. - 2005. - №2. - 4 - 7.
- Дети-инвалиды (2003 - 2006 гг.) Текст.: Федер. целевая программа: утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 10 окт. 2004 г. №732. - 56 с.
- Черданцева, Г.А. Кесарево сечение как мера предупреждения инвалидности детей Текст. / Г.А. Черданцева // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1999. - №6. - 13 - 14.
- Pritchett, L. Wealthier is Healthier Текст. / L. Pritchett, L.H. Summers //Journal of Human Resources. - 1996. -Vol.31. - P. 841 - 868.
- Чижова, Г.В. Анализ репродуктивного поведения беременных и родильниц Хабаровска и Хабаровского края по данным анкетирования Текст. / Г.В. Чижова, Л.В. Ширинян, О.В. Дещенко [и др.] // Здравоохранение Дальнего Востока. - 2005. - №4 (18). - С 10 - 12.
- Ribas-Fito, N. Breastfeeding, exposure to organochlorine compounds, and neurodevelopment in infants Текст. / N. Ribas-Fito [et al.]. - Pediatrics. -2003. - № 111 (5, Pt 1). - P. 580 - 585.
- Позднеева, Т.В. Социально-гигиеническая характеристика семей медико-демографического неблагополучия в сельской местности Текст. / Т.В. Позднеева, М.А. Позднякова // Нижегородский мед. журн. - 1994. - № 3. - 60-64.
- Маймулов, В.Г. Основы системного анализа в эколого-гигиенических исследованиях Текст. / В.Г. Маймулов, С.В. Нагорный, А.В. Шабров. - СПб., 2000.
- Позднякова, М.А. Медико-социальная характеристика особенностей условий и образа жизни детей-инвалидов Текст. / М.А. Позднякова, И.А. Камаев, Н.И. Гурвич, Н.А. Иорданская // Здравоохранение Рос. Федерации. -1998. - №4. - 46 - 48.
- Bellamy C. The state of the world's children 2005 Электронный ресурс. / Bellamy. - <http://www.unicef.org/sowc05/english/sowc05.pdf>.
- Кузнецова Е.Ю.Текст. / Е.Ю. Кузнецова, Т.В. Попова // Современные проблемы сохранения здоровья в Санкт-Петербурге: материалы круглого стола. - СПб., 1993. - 31 - 32.
- Максименко, Л.Л. О причинах инвалидности подростков Текст. / Л.Л.Максименко // Здравоохранение Рос. Федерации. - 1992. - №7. - 30-31.
- Танюхина, Э.И. Состояние и динамика инвалидности в детском возрасте в Российской Федерации Текст. / Э.И. Танюхина, А.А. Свинцов // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1994. — №6. - 10-13.
- Prevention in psychiatry Текст.: report of the Public Policy Committee Working Party. -London: Royal College of Physicians, 2002.
- United Nations. Disability Statistics Compendium Текст. // Statistical Papers, Series Y, No. 4. - New York, 1990. - 370 P.
- Кухтина Э.И. Качество жизни детей-инвалидов с детским церебральным параличом: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.09; 14.00.33/ Кухтина Эльвира Илдусовна – Уфа, 2006. – 24 с.
- Брежнева И.В. Особенности организации медико-социальной реабилитации детей в условиях многопрофильной детской больницы: дис...канд.мед.наук: 14.00.33/Брежнева Ирина Владимировна - Алматы, 2005. - 111с.

ӘОЖ: 616-097+612.014.482.4+613.98

6 ГР ГАММА-СӘУЛЕНІҢ ӘСЕРІНЕН ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДАҒЫ ИММУНДЫҚ ЖҮЙЕНІҢ ЖАС ЕРЕКШЕЛІГІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ӨЗГЕРІСІ

А.М. Утегенова, Б.А. Жетпісбаев, О.З. Ілдербаев

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Резюме

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У КРЫС РАЗНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГАММА-ОБЛУЧЕНИИ В ДОЗЕ 6 ГР

А.М. Утегенова, Б.А. Жетпісбаев, О.З. Ілдербаев

У крыс, подвергшихся радиационному облучению, были выявлены снижение Т-лимфоцитов и их субпопуляций, понижение уровня ЦИК и функциональной активности нейтрофилов. Выявлено возрастзависимое изменение адаптационной реакции организма на воздействие радиационного фактора.

Summary

FEATURES OF IMMUNE RESPONSE IN RATS AT DIFFERENT AGES OF GAMMA-IRRADIATION WITH 6 GY

А.М. Utegenova, B.A. Zhetpisbaev, O.Z. Ilderbayev

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

Семей ядролық сынақ полигонының жабылғанына 15 жыл өтсе де радиацияның зардаптары халықтың денсаулығына өз әсерін жалғастыруда [1]. Күнделікті өмірде организмге қоршаған ортаның қолайсыз факторлары кешенді түрде әсер етеді. Зерттеу барысында анықталған мәліметтер қосар әсер ету салдарынан дамидын аурулардың алдын алу үшін иммунокоррекциялық дәрі-дәрмектерді қолдануға негіз болуы мүмкін [2].

Иммундық жүйе ішкі ортаның генетикалық тұрақтылығына иммундық бақылауды қамтамасыз ететін негізгі жүйенің бірі. Иммундық жүйенің молекулалық негізін иммуноглобулиндер, иммунокомпетентті жасушалар - лимфокиндер және монокиндер, сонымен қатар тимус гормондары мен сүйек миы құрайды. Иммуноглобулиндер - синтезі антигендермен жоғарылайтын, сондықтан да, «антиденелер» деген атау берілген гамма-глобулиндік фракцияның белоктары [3]. Сонымен, иммундық жүйенің адам организмінде ерекше орын алатыны анық. Жасы ұлғайған адамдардың бір ұрымтал жері иммундық жүйенің әлсіреуінен келетін аурулар. Қазіргі медицинада қауқары кеткен кәрі ағзаның күші келмейтін кейбір ауруларға қатысты «кәрі адамдарға тән ауру» деген түсінік те бар. Осыған орай жас ерекшелігіне байланысты қоршаған орта зиянды факторларына иммундық жауаптарын бағалау үшін бастапқы да біздің зерттеу жұмысымыздың мақсаттарына иондаушы радиацияның ықпалын зерттеу болды.

Осыған орай, 12 айлық және 18 айлық жастағы егеуқұйрықтардың жоғары дозалы гамма-сәуле әсерінен иммундық жүйедегі өзгерістерді зерттеу болды.

Зерттеу материалдары және әдістері. Эксперимент ақ түсті 12 айлық және 18 айлық 60 егеуқұйрықтарға жасалды. 12 айлық егеуқұйрықтар: интактілі – 15, тәжірибелі – 15; 18 айлық егеуқұйрықтар: интактілі – 15, тәжірибелі – 15. 12 және 18 айлық тәжірибелі егеуқұйрықтарды 6 Гр дозада гамма-сәулесімен сәулелендірді.

Топтағы тәжірибелі егеуқұйрықтарды «Терагам» атты радиотерапевтикалық қондырғыда (Чехия) гамма-сәулесімен 6 Гр дозада бір ретте сәулелендірілді. Сәуле

көзі ретінде Co^{60} радий белсенді элементі қолданылды. Сәулелендіру кезінде жануарларды сәулелендіру үшін арнайы жасалынған бөлектенген ұяшықтары бар шынылы камерада ұсталды.

Лейкоциттер, лимфоциттердің және оның субпопуляцияларының шамалары университетіміздің орталықтандырылған зертханасында зерттелді. Лейкоциттердің миграциясы тежелу реакциясын (ЛМТР) А.Г.Артемова (1973) [4], айналыстағы иммундық кешендер (АИК) М. Digeon (1977) тәсілімен [5] А.Ю.Гриневич, А.Н.Алферов (1981) модификациясында [6], фагоцитоз белсенділігін және фагоцитарлық санын А.Е.Кост, М.И.Стенко (1968) [7], НКТ тестісі Б.С. Нагоев, М.Г.Шубич (1981) [8] әдістері бойынша анықталды.

Тәжірибелер «Жануарларды биомедициналық зерттеулерде қолдану туралы нұсқамаға» сай жүргізілді [9]. Зерттеудің нәтижелері Е.В.Монцевичюте-Эрингене [10] әдісі бойынша жүргізіліп, салыстыру t-Стюдент критерийі ретінде саналды.

Зерттеу мәліметтері және оны талқылау: Радиацияның әсеріне шалдыққан 12 айлық жастағы жануарлардың қанында лейкоциттердің мөлшері төмендеген. Лейкоциттер санының төмендеуімен бірге лимфоциттердің де жалпы шамасы 23,55%-ға (1 кесте) және салыстырмалы мөлшері 31,11%-ға нақты төмендегені анықталды ($p < 0,05$). 6 Гр γ -сәулеленудің әсері кезінде лимфоциттер жалпы санының артуы көрінісінде Т-лимфоциттердің және оның субпопуляцияларының мөлшері төмендегені анықталды. Атап айтқанда, Т-лимфоциттің абсолюттік саны 34,93% төмендесе ($p < 0,01$), салыстырмалы мөлшері 37,87% азайған ($p < 0,01$). Сонымен қатар, Т-лимфоциттердің субпопуляциялары да мөлшерлерін өзгерткен, Т-хелперлі жасушаларының абсолютті саны 35,71%, салыстырмалы мөлшері 33,83% төмендеген ($p < 0,01$). Т-супрессор жасушаларында да осындай көрініс байқалды, атап айтқанда, абсолютті саны 24,49% ($p < 0,01$), ал салыстырмалы мөлшері 25,60% нақты төмендегені мәлім болды ($p < 0,01$). Бұл кезде имунореттеуші индекс (ИРИ) қалыпты тобындағы шамадан төмендей түскен ($p > 0,05$).

1 кесте – 6 Гр үсәуленің иммундық жүйенің Т - буынына әсері, М±m

Көрсеткіштер	12 айлық		18 айлық	
	Қалыпты топ	Радияцияға ұшыраған топ	Қалыпты топ	Радияцияға ұшыраған топ
Лейкоцит, $\times 10^9/\text{л}$	6,48±0,18	4,86±0,45 *	6,12 ±0,35	4,77±0,34 *
Лимфоцит, $\times 10^9/\text{л}$	2,76±0,12	2,11±0,19 *	3,77±0,17	2,61±0,17 **
Лимфоцит (%)	39,02±3,23	26,88±2,65 *	44,20±1,47	30,04±2,67 **
CD3+, $\times 10^9/\text{л}$	1,46±0,10	0,95±0,07 **	1,40±0,09	0,80±0,07 ***
CD3+ (%)	31,82±2,41	19,77±1,67 **	29,01±1,27	26,22±1,77
CD4+, $\times 10^9/\text{л}$	0,70±0,04	0,45±0,04 **	0,67±0,04	0,47±0,03 **
CD4+ (%)	20,93±1,41	13,85±1,05 **	18,60±1,67	15,04±1,23
CD8+, $\times 10^9/\text{л}$	0,49 ± 0,02	0,37±0,02 **	0,50±0,06	0,37±0,02 *
CD8+ (%)	11,25±0,43	8,37±0,51 **	10,20±1,01	7,31±0,64 *
CD4+/CD8+	1,44±0,11	1,23±0,10	1,34±0,06	1,28±0,08
ЛМТР	0,79±0,04	1,04±0,08 *	9,36±0,65	13,51±0,88 *

Ескерту: Қалыпты тобына сәйкес айырмашылық нақтылығы * - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, *** - $p<0,001$.

Т-лимфоциттердің лимфокинтүзу белсенділіктері ЛМТР реакциясы арқылы анықталды, ондағы ФГА әсеріне байланысты лейкоциттердің миграциясының индексі анықталды. Эксперименттік топтағы жануарларда бұл көрсеткіштің 31,65%-ға артуы лейкоциттердің МИФ түзу қабілеттілігінің төмендегенін көрсетеді, яғни иммунитеттің Т-жүйесінің функциялық қызметі төмендегені анықталды ($p<0,05$).

Радияциялық фактордың әсерін гуморалды иммунитетке ықпалын зерттеу үшін перифериялы қандағы В-лимфоциттердің (CD19+) мөлшері және айналыстағы иммундық көшендері зерттелді (2 кесте).

Нәтижелер қорытындысына сүйенсек, тәжірибелік жануарларда радиациялық фактордың әсерінен CD19+ фенотипті лимфоциттерінің абсолюттік мөлшері және салыстырмалы мөлшері нақты өзгеріске түспесе де, төмендеу үрдісі жүргені анықталды. АИК мөлшерінің

шамасы да қалыпты топтағы жануарлардың шамасынан нақты өзгеріске түсіп, төмендеуі 37,30% құрады ($p<0,01$).

Иммунитеттің фагоцитарлық буынындағы өзгерістер 2 кестеде көрсетілген. 6 Гр үсәуле әсерінен фагоцитоз белсенділігі нақты төмендеген 36,17±2,52-ден 27,34±2,36-ға дейін ($p<0,05$), фагоцитарлық саны қалыпты топ шамасы маңайында қалды. НКТ-тесті фагоциттердің эффекторлық қабілетіне жауапты маңызды ферменттер жүйесінің соңғы реакциясын көрсетеді. НКТ тест мәліметіне келсек, қалыпты тобымен салыстырғанда 27,10% төмендегені анықталды ($p<0,05$). Бұл құбылыстың гамма-сәуле әсеріне нейтрофилді гранулоциттердің фагоцитарлық және зат алмасулық белсенділігінің төмендегенін көруге болады.

2 кесте – 6 Гр үсәуленің иммунитеттегі гуморалды және бейспецификалық фагоцитарлық буынына әсері, М±m

Көрсеткіштер	12 айлық		18 айлық	
	Қалыпты топ	Радияцияға ұшыраған топ	Қалыпты топ	Радияцияға ұшыраған топ
CD19+, $\times 10^9/\text{л}$	0,34±0,02	0,30±0,02	0,46±0,05	0,37±0,03
CD19+ (%)	7,23±0,68	7,01±0,42	13,50±1,08	9,71±0,68 *
АИК, ш.б.	1,26±0,11	0,79±0,04 **	2,27±0,17	1,42±0,08 **
Фагоцитоз (%)	36,17±2,52	27,34±2,36 *	34,80±1,98	26,77±2,22 *
Фагоцитарлық сан	1,59±0,24	1,46±0,17	2,05±0,07	1,83±0,07 *
НКТ-тест (%)	4,87±0,41	3,55±0,39 *	5,40±0,66	4,11±0,31

Ескерту: Қалыпты тобына сәйкес айырмашылық нақтылығы * - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, *** - $p<0,001$.

Енді 18 айлық жастағы егеуқұйрықтардың радиация әсеріне иммундық жауабын тексеру кезінде төмендегідей мәліметтер алынды: лейкоциттердің мөлшері шамамен 22%-ға төмендеген ($p<0,05$). Лейкоциттер санының төмендеуімен бірге лимфоциттердің де жалпы шамасы 30,77%-ға (1 кесте) және салыстырмалы мөлшері 32,04%-ға нақты төмендегені анықталды ($p<0,01$). Т-лимфоциттің абсолюттік саны 42,86% төмендесе ($p<0,001$), салыстырмалы мөлшері 9,62% азайған ($p>0,05$). Сонымен қатар, Т-лимфоцит субпопуляциялары да мөлшерлерін өзгерткен, Т-хелперлі жасушаларының абсолюттік саны 29,85% ($p<0,01$), салыстырмалы мөлшері 19,14% төмендесе де нақты болмады. Т-супрессор жасушаларында абсолюттік саны 26,0% ($p<0,05$), ал салыстырмалы мөлшері 28,33% нақты төмендегені мәлім болды ($p<0,05$). Бұл кезде ИРИ қалыпты тобындағы шамадан төмендей түскен ($p>0,05$). ЛМТР реакциясындағы көрсеткіш 44,34%-ға артқан, бұл көрсеткіш лейкоциттердің МИФ түзу қабілеттілігінің

төмендегенін көрсетеді, яғни иммунитеттің Т-жүйесінің функциялық қызметі төмендеген ($p<0,05$).

Нәтижелер қорытындысына сүйенсек, тәжірибелік жануарларда радиациялық фактордың әсерінен CD19+ фенотипті лимфоциттерінің (2 кесте) абсолюттік мөлшері нақты өзгеріске түспесе, салыстырмалы мөлшері нақты төмендеген: 28,07% ($p<0,05$). АИК мөлшерінің шамасы да төмендеген, төмендеу шамасы 37,44% құрады ($p<0,01$).

Иммунитеттің фагоцитарлық буынындағы өзгерістер 2 кестеде көрсетілген. 6 Гр үсәуле әсерінен фагоцитоз белсенділігі нақты төмендеген 34,80±1,98-ден 26,77±2,22-ге дейін ($p<0,05$), фагоцитарлық саны 2,05±0,07-ден 1,83±0,07-ге дейін ($p<0,05$) төмендегені тіркелді. НКТ тест мәліметіне келсек, қалыпты тобымен салыстырғанда нақты болмаса да төмендеу үрдісі жүрген.

Сонымен, 6 Гр гамма-сәуленің әсерінен Т-лимфоциттерінің және субпопуляцияларында шамаларының төмендеуі радиациялық факторға бұл

буынның өте сезімталдығын анықтап отыр. Белсенділіктерінің және шамаларының төмендеуге сезімталдығы жасы ұлғайған сайын арта түскені байқалды.

Әдебиеттер:

1. Раисова Г.К., Телеуов М.К., Сандыбаев М.Н., и др. К последствиям деятельности СИЯП –онкологическая заболеваемость в Восточном Казахстане. - Материалы международной конференции «Медико-социальная реабилитация населения экологически неблагоприятных регионов», Семипалатинск, 28-29 августа 2006.-С.229.
2. Смирнов П.Н., Магер С.Н. Экологическая иммунология как новое направление клинической иммунологии, её научно-практические и научно-организационные задачи, НГАУ, 2005,-С12.
3. Ракишева Т.Т., Амреева Л.М. Салауатты өмір салтының негіздері: Оқу құралы / Т.Т. Ракишева, Л.М. Амреева; ШҚМУ. - Өскемен, 2006. – 80 б.
4. Артемова А.Г. Феномен торможения миграции лейкоцитов крови у морских свинок с гиперчувствительностью замедленного типа к чужеродному тканевому агенту // Бюл. эксперим.биол. и мед. – 1973. – Т. 76, № 10. – С. 67-71.

5. Digeon M., Laver M., Riza J., Bach J.F. Detection of circulation immune complexese in human sera by simplified assays with polyethulen glycol //J.Immunol. Methods. – 1977. – Vol. 16. – P. 165-183.

6. Гринкевич Ю.Я., Алферов А.Н. Определение иммунных комплексов в крови онкологических больных //Лабораторное дело. – 1981. – № 8. – С. 493-495.

7. Кост Е.А., Стенко И.В. Исследование фагоцитоза по клиническим и лабораторным методам исследования. – М., 1968. – С. 78-80.

8. Нагоев Б.С., Шубич М.Г. Значение теста восстановления нитросинего тетразолия для изучения функциональной активности лейкоцитов //Лабораторное дело. – 1981. – № 4. – С. 195-198.

9. Хелсинкская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА),- 2000, -«Положения об использовании животных в биомедицинских исследованиях».

10. Монцевичюте-Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе //Патологическая физиология и экспериментальная терапия. –1961. - № 1. – С. 71-76.

ӘОЖ: 612.014.482+577.15

6 ГР ГАММА-СӘУЛЕНІҢ ӘСЕРІНЕН ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДАҒЫ ЛИПИДТЕРДІҢ АСҚЫН ТОТЫҒУЫ ЖӘНЕ ЭНЕРГИЯЛЫҚ АЛМАСУДЫҢ ЖАС ЕРЕКШЕЛІГІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ӨЗГЕРІСІ

А.М. Кирпина, Б.А. Жетпісбаев, О.З. Ілдербаев

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Резюме

ОСОБЕННОСТИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У КРЫС РАЗНОГО ВОЗРАСТА ПРИ СУБЛЕТАЛЬНОМ ГАММА-ОБЛУЧЕНИИ

А.М. Кирпина, Б.А. Жетпісбаев, О.З. Ілдербаев

В эксперименте исследовалось влияние гамма-излучения в дозе 6 Гр на энергетический обмен и перекисного окисления липидов. Результаты: увеличение продуктов ПОЛ и снижение активности ферментов метаболизма. Повышение содержания диеновых конъюгатов и малонового диальдегида свидетельствуют о ускорении процессов перекисного окисления липидов и недостаточности антиоксидантной системы в старческом возрасте.

Summary

FEATURES OF THE ACTIVITY ENERGY METABOLISM AND OF LIPID PEROXIDATION IN RATS OF DIFFERENT AGE WITH SUBLETHAL GAMMA-RADIATION

А.М. Kirpina, B.A. Zhetpisbaev, O.Z. Ilderbayev

In the experiment we investigated the influence of gamma radiation with dose 6 Gr on metabolism and POL. Results: increase of products of POL and decreasing of enzyme activity of metabolism. Increase of dienic conjugates cocentration and malonic dialdehyde showed acceleration processes of peroxide oxidation of lipids and insufficiency of antiooxidantic system in old age.

Жасушалардың мембранасының бүтінділігінің бұзылуының немесе тіршілігін жоюының негізгі механизмдерінің бірі липидтердің аса тотығуы. Липидтердің асқын тотығуының өнімдерінің мөлшері қатаң бақыланып отырады. Ағзада босрадикалдардың түзілуі шамадан тыс жоғарлай түсетін болса, түбі қолайсыз жағдайларға (зардаптарына) әкелуі мүмкін [1,2]. Қазіргі таңда босрадикалды тотығу үрдісін зерттеу жасушадағы оттегін тасымалдаудағы жалпы биологиялық мәселесін және жұмсалудың, биомембрананың қызмет етуі, биохимиялық

үрдістердің сипатын және оттегіге тәуелді реакциялардың бұзылуының заңдылықтарын ашуға, ағзада туатын патологиялық өзгерістердің патогенезін анықтауға және патохимиялық өзгерістерді бағытты түрде орнына келтіру мәселесін шешуде маңызды орын алады [3]. Соңғы жылдардағы зерттеу жұмыстарында босрадикалды үрдістердің кәсіптік патологияларда маңызды рөл атқаратындығы айтылып жүр [4]. Физиологиялық жағдайда липидтердің асқын тотығу үрдісі тотығуға қарсы қорғаныспен тежеледі, бұл қорғаныс кейде жағымсыз фактордың әсерінен істен

шығуы мүмкін [5]. Иондағыш сәулелердің тікелей әсері кезінде биологиялық маңызды молекулалардың сәулелену қуатын сіңіруіне байланысты, яғни иондалу кезінде оттегі молекуласымен өз ара байланысқа түсетін бос радикалдар түзіледі [6]. Иондағыш сәулелену кезіндегі липидтердің асқын тотығу жүйесінің қимылы түрлі күйде өзгергендігі анықталған [7]. Босрадикалды үрдістердің патологиялық үрдістің қалыптасуында ерекше орын алатындығын, оның сезімталдығын ескере отырып, біздің зерттеу жұмысымыздың негізгі мақсаты ретінде липидтердің асқын тотығуы (ЛАТ) жүйесінің және энергиялық алмасудың иондағыш сәулелену әсер етуі кезіндегі жас ерекшелігіне байланысты өзгерісін анықтау болды.

Жұмыстың мақсаты: 6 Гр гамма сәулелену бауыр, көкбауыр, ішек лимфа түйіндері, шеткі қан лимфоциттеріндегі энергиялық алмасу мен липидтердің асқын тотығу өнімдеріне жас ерекшелігіне байланысты ықпалын зерттеу.

Зерттеу әдістері мен материалдары: Эксперимент ақ түсті 12 айлық және 24 айлық 60 егеуқұйрықтарға жасалды. 12 айлық егеуқұйрықтар: интактілі – 15, тәжірибелі – 15; 24 айлық егеуқұйрықтар: интактілі – 15, тәжірибелі – 15. 12 және 24 айлық тәжірибелік егеуқұйрықтарды 6 Гр дозада гамма-сәулесімен сәулелендірдік. Барлық егеуқұйрықтар сәулеленуден кейін зерттеуге алынып, олардың бауыр, көкбауыр, ішек лимфа түйіндері гомогенаттарында және шеткі қан лимфоциттерінде липидтердің асқын тотығу өнімдері мен энергиялық алмасу көрсеткіштерін сәулеленбеген өз жасындағы интактілі егеуқұйрықтардың көрсеткіштерімен салыстырдық. Липидтердің асқын тотығын сипаттайтын көрсеткіштер: диен конъюгаты (ДК), малон диальдегиді (МДА) және энергиялық алмасуды сипаттайтын көрсеткіштер сукцинатдегидрогеназа (СДГ), цитохромоксидаза (ЦХО) ферменттері зерттелді. Жануарларды жартылай декапитация арқылы жансыздандырып, зерттеуге қаны алынды. Тәжірибелер «Жануарларды биомедициналық зерттеулерде қолдану туралы нұсқамаға» сай жүргізілді [8]. Зерттеу мәліметтері статистикалық әдіспен өңделді [9].

Зерттеу нәтижелері: Гамма сәулелену 12 айлық жастағы егеуқұйрықтардың иммунокомпетентті жасушаларға әсерінен болған энергиялық алмасудағы өзгерістерге келсек (1 кесте): ЦХО белсенділігі лимфотүйінде $18,31 \pm 1,20$ -дан $15,01 \pm 0,82$ ($p < 0,05$) дейін, лимфоцитте $15,81 \pm 1,30$ -дан $12,12 \pm 1,30$ -ға дейін ($p < 0,05$) нақты азайғандығы жүрсе, бауырда және көкбауырда төмендеу ықпалы жүрген ($p > 0,05$). Ал СДГ мөлшерінің жоғарлауы бауырда және ішек лимфа түйіндерінде байқалды: $0,10 \pm 0,06$ -дан $0,25 \pm 0,03$ -ке ($p < 0,05$) және $0,21 \pm 0,03$ -тен $0,40 \pm 0,03$ -ке ($p < 0,01$) сәйкесті. Қан лимфоциттерінде керісінше $46,67\%$ төмендеуі жүрді ($p < 0,01$).

Енді 24 айлық егеуқұйрықтардағы энергиялық алмасу ферменттері белсенділігіне 6 Гр гамма-сәулесінің әсеріне келетін болсақ, зерттеуге алынған барлық нысаналарда энергиялық алмасу ферменттерінің белсенділігі (СДГ, ЦХО) күрт төмендегені белгілі болып отыр. Сонымен бірге, бұл жастағы жануарларда энергиялық алмасу қарқындылығы да 12 айлық жастағы жануарлардан әлдеқайда артта болғаны анықталды. Радиацияның әсерінен бауырда СДГ ферменті белсенділігі $50,0\%$ -ға ($p < 0,05$), көкбауырда $37,16\%$ ($p < 0,05$), ішек лимфатүйіндерінде $30,0\%$ ($p < 0,05$), қан лимфоциттерінде $33,33\%$ ($p < 0,05$) төмендегені тіркелді.

Ал, ЦХО белсенділігі радиацияның әсерінен бауырда $48,56\%$ -ға ($p < 0,01$), көкбауырда $44,43\%$ ($p < 0,01$), ішек лимфатүйіндерінде $19,72\%$ ($p < 0,05$), қан лимфоциттерінде $23,07\%$ ($p < 0,05$) төмендегені тіркелді.

Алынған нәтижелер гамма сәулелену энергиялық алмасу үрдістеріндегі каталитикалық ферменттердің белсенділігіне теріс әсерін тигізетінін көрдік. Ал, метаболикалық үрдістердің радиация әсерінен жасуша және ағза деңгейінде пайда болатын патологиялық реакциялары адамның қорғаныш және бейімделу механизмдеріне кедергілі ықпалына әкеліп соқтырады. Гамма сәулелену энергиялық алмасу үрдістеріндегі каталитикалық ферменттердің белсенділігіне теріс әсерінің деңгейі қартайған ағзаларда айқын байқалып, патологиялық факторға қартайған ағзаның адаптациялық реакция жауабының төмендегені туралы айтуға болады.

1-кесте - Бауыр, көкбауыр, ішек лимфа түйіндері гомогенаттарында және шеткі қан лимфоциттерінде энергиялық алмасу көрсеткіштеріне гамма-сәулелену әсері

	Зерттеу нысанасы	12 айлық жастағы		24 айлық жастағы	
		Қалыпты топ	6 Гр гамма-сәулелену әсері	Қалыпты топ	6 Гр гамма-сәулелену әсері
СДГ нмоль/мг.сек	Бауыр	$0,10 \pm 0,06$	$0,25 \pm 0,03$ *	$0,04 \pm 0,005$	$0,02 \pm 0,002$ *
	Көкбауыр	$2,30 \pm 0,50$	$2,12 \pm 0,18$	$1,83 \pm 0,14$	$1,15 \pm 0,11$ *
	Ішек лимфа-түйіндері	$0,21 \pm 0,03$	$0,40 \pm 0,03$ **	$0,10 \pm 0,01$	$0,07 \pm 0,008$ *
	Шеткері қан лимфоциттері	$1,20 \pm 0,11$	$0,64 \pm 0,07$ **	$1,11 \pm 0,12$	$0,74 \pm 0,08$ *
ЦХО нмоль/мг.сек	Бауыр	$24,80 \pm 2,11$	$21,01 \pm 1,19$	$18,10 \pm 2,01$	$9,31 \pm 0,17$ **
	Көкбауыр	$19,31 \pm 2,20$	$16,11 \pm 1,41$	$13,10 \pm 1,12$	$7,28 \pm 0,61$ **
	Ішек лимфа-түйіндері	$18,31 \pm 1,20$	$15,01 \pm 0,82$ *	$16,33 \pm 1,43$	$13,11 \pm 0,70$ *
	Шеткері қан лимфоциттері	$15,81 \pm 1,30$	$12,12 \pm 1,30$ *	$14,13 \pm 1,22$	$10,87 \pm 1,01$ *

Ескерту – Қалыпты топқа айырмашылық нақтылығы: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

6 Гр гамма-сәулелену 12 айлық жастағы егеуқұйрықтардың иммунокомпетентті жасушаларындағы липидтердің асқын тотығу өнімдеріне ықпалы кезіндегі өзгерістерге келсек (2 кесте): ДК мөлшері шеткері қан лимфоциттерінде $0,23 \pm 0,02$ -тен $0,33 \pm 0,02$ -ге ($p < 0,05$), бауырда $0,69 \pm 0,05$ -тен $1,22 \pm 0,14$ -ке дейін ($p < 0,05$) және ішек лимфа түйіндерінде $0,35 \pm 0,03$ -тен $0,66 \pm 0,09$ -ға дейін ($p < 0,05$) нақты жоғарлағанын анықтадық. Ал көкбауырда ДК мөлшері бақылау деңгейінде болды, бірақ артуға

ықпалы байқалды. МДА мөлшері бауыр гомогенатында $0,16 \pm 0,02$ -ден $0,26 \pm 0,03$ -ке дейін ($p < 0,05$) және ішек лимфа түйіндерінде $0,06 \pm 0,005$ -тен $0,11 \pm 0,01$ -ге ($p < 0,01$) дейін артқан, ал көкбауырда және қан лимфоцитінде бақылау тобындағы шамамен қатарлас болғаны тіркелді ($p > 0,05$).

Енді 24 айлық егеуқұйрықтардағы берілген нысаналарда липидтердің асқын тотығу өнімдеріне 6 Гр гамма-сәулесінің әсеріне келетін болсақ, зерттеуге алынған барлық нысаналарда ЛАТ өнімдері нақты

жоғарлағаны белгілі болды: бауырда ДК мөлшері 120,0%-ға ($p<0,001$), көкбауырда 100,0%-ға ($p<0,001$), ішек лимфа түйіндерінде 90,0%-ға ($p<0,01$), қан лимфоциттерінде 200,0%-ға ($p<0,001$) жоғарлағаны белгілі болды.

Ал, МДА мөлшері радиацияның әсерінен бауырда 85,0%-ға ($p<0,01$), көкбауырда 128,21%-ға ($p<0,001$), ішек лимфа түйіндерінде 100,0%-ға ($p<0,001$), қан лимфоциттерінде 133,33%-ға ($p<0,001$) артқаны анықталды.

2-кесте - Бауыр, көкбауыр, ішек лимфа түйіндері гомогенаттарында және шеткі қан лимфоциттерінде липидтердің асқын тотығы өнімдеріне гамма-сәуленің әсері

	Зерттеу объектісі	12 айлық жастағы		24 айлық жастағы	
		Қалыпты топ	6 Гр гамма-сәуленің әсері	Қалыпты топ	6 Гр гамма-сәуленің әсері
ДК	Бауыр	0,69±0,05	1,22±0,14 *	0,70±0,06	1,54±0,12 ***
	Көкбауыр	1,28±0,20	1,33±0,11	1,45±0,11	2,90±0,22 ***
	Ішек лимфа түйіндері	0,35±0,03	0,66±0,09 *	0,30±0,03	0,57±0,05 **
	Шеткі қан лимфоциті	0,23±0,02	0,33±0,02 *	0,24±0,02	0,72±0,06 ***
МДА	Бауыр	0,16±0,02	0,26±0,03 *	0,20±0,02	0,37±0,03 **
	Көкбауыр	0,33±0,03	0,41±0,03	0,39±0,03	0,89±0,08 ***
	Ішек лимфа түйіндері	0,06±0,005	0,11±0,01 **	0,07±0,006	0,14±0,01 ***
	Шеткі қан лимфоциті	0,08±0,007	0,10±0,01	0,09±0,007	0,21±0,02 ***

Ескерту – Қалыпты топқа айырмашылық нақтылығы * - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, *** - $p<0,001$.

Алынған нәтижелер гамма-сәуленің теріс әсерін яғни, бос радикалдар статусындағы ДК және МДА концентрациясының бауыр, көкбауыр, ішек лимфа түйіндері гомогенаттарында және шеткі қан лимфоциттерінде шамадан тыс жоғарлағаны анықталды, әсіресе қартайған жануарларда (24 айлық) күрт жоғарлаған. Ағзаның қартайған шағында денеде ЛАТ өнімдерінің қалыпты жағдайдағы көрсеткіштерден арта түсетіні және энергиялық метаболизмнің бәсеңдейтіні анық, мұнымен бірге ағзаға зиянды факторлар, оның ішінде гамма-сәулесінің әсері кезінде қарсы тұру үрдістерінің күрт төжелетіні мәлім болды. Сондықтан, қартайған ағзаларға зиянды поллютантты факторлардың әсері кезінде патологиялық үрдістерді қалпына келтіру бағытында ерекше көңілге алу керектігі туындайды.

Әдебиеттер:

1. Сейсембеков Т.З., Айтпаев Б.К. и соавт. Антиоксиданты в клинике внутренних болезней. Метод. рекомендац. – Караганда. 1992. – 16с.
2. Dormandy T.L. An approach to free radicalis // Lancet. - 1983. – N. 2. – P. 1010-1014.
3. Rao P.S., Mueller H.S. Lipid peroxidation and acute myocardial ischemia // Adv Exp Med Biol. – 1993. – 161. – P. 347-363.

4. Soodaeva S.K., Skotzelias E.D., Zhukov A.A., Archakov A.I. Comparative studies of superoxide generation in microsomes and reconstituted monooxygenase systems //In: Cytochrome P-450. Biochemistry, Biophysics and Environmental Implications, 1982, (E.Hietanen et al., tds.), Elsevier Blomed. Press. Amsterdam. –N.Y. – Oxford. – P. 615-618.

5. Перекисное окисление и радиация / Под ред. В.А.Барабой. –Киев, 1991. – 255с.

6. Москалев Ю.И. Отдаленные последствия ионизирующих излучений. М., 1991. – 463с.

7. Усенова О., Узбекова А., Жетписбаев Б. и др. Особенности состояния перекисного окисления липидов в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения // Астана медициналық журналы. –2006. - № 2. – С. 114-117.

8. Хелсинкская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА),- 2000, -«Положения об использовании животных в биомедицинских исследованиях».

9. Гадаскина И.Д. Методы изучения экспериментальных пневмокониозов. В кн.: Воспроизводство заболеваний у животных для экспериментально-терапевтических исследований. Л., 1954.

УДК 614.39(574.2)

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ КАРАНТИНИЗАЦИИ ПЛАЗМЫ
НА ОПЫТЕ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА КРОВИ**

Х.Т. Жигитаев, С.А. Шмурыгина, Е.Е. Сергеева

КГКП «Восточно-Казахстанский областной центр крови», г.Усть-Каменогорск

Резюме

Рассмотрен опыт работы Восточно-Казахстанского областного центра крови по организации процедуры карантинизации плазмы с целью обеспечения инфекционной безопасности ее трансфузий.

Тұжырым

**ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСТЫҚ ҚАН ОРТАЛЫҒЫ ТӘЖІРИБЕСІНДЕ
ПЛАЗМАНЫ КАРАНТИНДЕУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ**

Х.Т. Жигитаев, С.А. Шмурыгина, Е.Е. Сергеева

Шығыс Қазақстан облыстық қан орталығының трансфузиялық жұқпа қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында плазманы карантиндеу процедурасын ұйымдастыру бойынша жұмыс тәжірибесі қарастырылды.

Summary
ORGANIZATION OF PLASMA QUARANTINE PROCESS
ON THE EXPERIENCE BASE OF EAST KAZAKHSTAN REGIONAL BLOOD CENTER
KH.T. Zhigitaev, S.A. Shmurugina, E.E. Sergeeva

The work experience of East Kazakhstan Regional Blood centre in organization of plasma quarantine process has been examined in the article to provide infection safety of its transfusions.

Главной задачей службы крови Республики Казахстан является обеспечение инфекционной безопасности выпускаемых продуктов крови. Плазма донорской крови, используемая для переливания пациентам, а также для изготовления препаратов, несет в себе опасность переноса вирусов иммунодефицита человека, гепатитов и других инфекционных заболеваний, несмотря на тщательный отбор и обследование доноров. Тем более, что мы знаем о множестве других гемотрансмиссивных инфекций (более 20 видов), на которые доноры не обследуются.

Это связано с тем, что существует скрытый период или «серонегативное окно», когда вирус находится в организме человека, но антитела еще не выработались и в этот период невозможно определить вирусоносительство современными лабораторными методами скрининга. Одним из методов повышения инфекционной безопасности донорской плазмы в течение возможного «серонегативного окна» является ее карантинизация. Плазма закладывается на хранение в замороженном состоянии при температуре не выше -25°C , с запретом использования ее на протяжении 6 месяцев до повторного обследования крови донора на отсутствие инфекций (ВИЧ, вирусные гепатиты В и С). Повторное обследование доноров и подтверждение отрицательных результатов тестирования, полученных в момент заготовки хранившейся плазмы, позволяет считать карантинизированную плазму вирусобезопасной. Лечебные свойства свежемороженой плазмы полностью сохраняются [3].

Для обеспечения инфекционной безопасности компонентов крови с 2006 года была внедрена процедура карантинизации плазмы в Восточно-Казахстанском областном центре крови. На начальном этапе внедрения для получения плазмы привлекались как безвозмездные так и кадровые доноры. Вирусобезопасной плазмой обеспечивались только детские и родовспомогательные учреждения здравоохранения. В настоящее время карантинизированной плазмой обеспечиваются все медицинские организации г.Усть-Каменогорска и прилегающих районов области.

В своей деятельности по карантинизации плазмы центр крови руководствуется Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 666 «Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов». На предприятии разработана стандартная операционная процедура по проведению карантинизации свежемороженой плазмы (далее – СЗП). В связи с тем, что безвозмездные доноры не всегда появляются на повторное обследование, в настоящее время на карантинизацию закладывается СЗП, заготовленная методом плазма-

фереза, от кадровых (платных) доноров. Указанная категория доноров регулярно участвует в донорстве и подтверждает прохождение карантина компонента в требуемые сроки.

Для хранения плазмы в областном центре крови используется отдельное помещение со специальным холодильным оборудованием, снабженным устройствами контроля температуры, ограничения несанкционированного доступа и соответствующей его маркировкой. Производственные мощности холодильников позволяют хранить на карантине около 1800 л плазмы при температуре -40°C .

При принятии плазмы на карантинизацию проводится сверка всех данных на контейнере с картой донора и данными лабораторных исследований на маркеры инфекционных заболеваний, которые должны быть отрицательными. Каждая доза плазмы в холодильнике хранится и систематизируется по группе крови и дате заготовки для возможности экстренного ее изъятия. Группа карантинизации тесно взаимодействует с другими подразделениями областного центра крови для своевременного получения информации о заболевании донора, выявления вирусоносительства и для повторного вызова на обследование через 6 месяцев.

Только при повторных отрицательных результатах лабораторного тестирования на трансфузионные инфекции, допускается выдача плазмы, находящейся на карантинизации, в группу выдачи продукции для обеспечения медицинских организаций по заявкам. Этикетку СЗП маркируют дополнительной информацией: наносят штамп «Плазма карантинизированная», дату выпуска и подписи ответственного лица.

В случае, когда выявлены положительные результаты лабораторного тестирования на трансфузионные инфекции или заболевание донора, плазма от всех его предыдущих донаций за время инкубационного периода данной инфекции немедленно изымается из карантинного хранения. Все забракованные дозы плазмы маркируются как «абсолютный брак» и передаются для обеззараживания с последующим составлением акта об утилизации.

Эффективность проведения карантинизации зависит от возврата доноров через 6 месяцев после дачи плазмы для повторного обследования на маркеры инфекционных заболеваний. Повторное обследование позволяет донорам проконтролировать состояние своего здоровья и убедиться в том, что они были здоровы во время донации плазмы [1,2].

Всего за период 2006-2010гг. областным центром крови было выдано в лечебно-профилактические организации (далее - ЛПО) г.Усть-Каменогорска и прилегающих районов области плазмы, прошедшей карантинное хранение, в объеме 4589,4л. (таблица 1).

Таблица 1. - Выдано плазмы в ЛПО.

Показатель	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.
Плазма карантинизированная, л	10,3	328	1140,4	1380,9	1729,8
Доля карантинизированной плазмы, %	0,4	27	99	100	100

За последние 5 лет была предотвращена выдача плазмы в клиники по результатам повторного обследования доноров на инфекции в объеме 37,4 л и соответственно не была перелита инфицированная плазма 37

потенциальным реципиентам. В структуре абсолютного брака по инфекциям (таблица 2) гепатит С занимает первое место (36,6%), ВИЧ-инфекция – второе (34,8%).

Таблица 2. - Списание плазмы находящейся на карантине, по результатам повторного обследования доноров на инфекции.

Показатель	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	Итого
Списано плазмы по инфекциям всего, л	-	2,9	8,7	18,6	7,2	37,4
Из них:	-	-	-	-	-	-
- гепатит С	-	1,9	2,2	8,4	1,2	13,7
- гепатит В	-	0,2	-	-	-	0,2
- ВИЧ	-	-	-	10,2	2,8	13,0
- сифилис, л	-	0,8	6,5	-	3,2	10,5

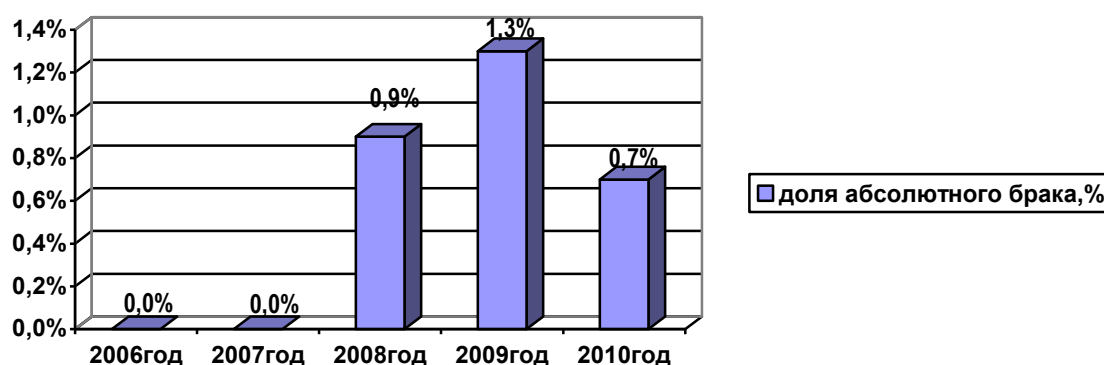


Рис. 1. Доля абсолютного брака в плазме по инфекциям

Всем донорам, сдающим кровь для переливания и желающим помочь людям в трудной ситуации, необходимо помнить, что в случае их неявки для повторного обследования - плазма не может быть использована с лечебной целью. Для уменьшения случаев неявки доноров плазмы в областном центре крови разработана дополнительная анкета, которую он заполняет перед каждой донацией. Во вводной части анкеты донору предоставляется информация о том, что его плазма будет направлена на карантинизацию и указана важность повторной явки на обследование через 6 месяцев. Учитывая случаи, когда доноры указывают неверный адрес в первичной анкете, частую смену места жительства, номеров сотовых телефонов, электронной почты, нами разработаны вопросы для доноров плазмы, касающиеся всей необходимой контактной информации для его поиска в случае неявки. Если за период хранения донор не приходит к нам повторно, то ему на дом отправляется письмо, отправляются СМС-сообщения по сотовой связи с просьбой повторно сдать кровь или пройти обследование. Также практикуется вызов доноров по телефону и по электронной почте. При неявке донора на повторное обследование в течение всего срока хранения (24 месяца), СЗП, передается на фракционирование для получения альбумина 10% раствора. Процент неявки доноров в динамике снизился с 60% в 2008 году до 35% в 2010 году в связи с тем, что сформировался контингент постоянных доноров плазмы.

Но обеспечение высокой эффективности карантинизации компонентов крови, к сожалению не всегда возможно, так как существуют причины, не поддающиеся управлению. Не всегда удается обследовать каждого

донора по истечению периода карантинизации. Это объясняется тем, что многие доноры мигрируют в другие регионы страны и ближнего зарубежья, часто меняют место проживания, работы. Часть доноров просто теряет интерес к донорству и не откликаются на приглашение сдать кровь для проведения исследований на маркеры гемотрансфузионных инфекций [3].

Таким образом, необходимо разработать национальную систему возврата доноров плазмы на основе заключения договора с донорами, с определением их ответственности и определением элементов стимулирования. А также, учитывая международный опыт, необходимо пересмотреть срок карантинизации, сократив его до 4 месяцев. Для обеспечения безопасности плазмы наряду с карантинизацией, в комплексе применять при скрининге доноров на инфекции более информативные методы анализа (NAT-тестирование), проводить ее вирусинактивацию и лейкофильтрацию.

Литература:

1. Федоров А.П., Шукман С.А., Степанова В.Н. Актуальность карантинизации компонентов крови // Трансфузиология. - 2011. - № 2, том 12, с.120.
2. Макеев А.Б., Витюк Н.Г., Ефимова Т.А. Работа по карантинизации свежзамороженной плазмы в ФГУ «Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России // Трансфузиология. - 2011. - № 2, том 12, с.84.
3. Русанов В.М. Вирусная безопасность донорской крови // Вестник службы крови России. - 2008. - №2, с.34-36

УДК 615.384 (574.42)

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭРИТРОЦИТСОДЕРЖАЩИХ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Х.Т. Жигитаев, С.А. Шмурыгина, Е.Е. Сергеева, О.В. Мухина

КГКП «Восточно-Казахстанский областной центр крови», г.Усть-Каменогорск

Резюме

Рассмотрены возможные причины списания невостребованных эритроцитсодержащих компонентов в медицинских организациях Восточно-Казахстанской области и пути снижения доли их списания.

Тұжырым

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНДА ҚҰРАМЫНДА ЭРИТРОЦИТІ БАР ҚАН КОМПОНЕНТТЕРІНІН ПАЙДАЛАНЫЛУЫН ТАЛДАУ

Х.Т. Жигитаев, С.А. Шмурыгина, Е.Е. Сергеева, О.В. Мухина

Шығыс Қазақстан облысының медициналық ұйымдарында қолданылмаған құрамында эритроциті бар қан компоненттерін шығынға шығару себептері және оларды шығынға шығару үлесін төмендету жолдары қарастырылды.

Summary

ANALYSIS OF USING ERYTHROCYTIC CONTAINING BLOOD COMPONENTS IN MEDICAL ENTERPRISES OF EAST KAZAKHSTAN REGION

KH.T. Zhigitaev, S.A. Shmurugina, E.E. Sergeeva, O.V. Muhina

Possible reasons for writing-off the erythrocytic containing blood components being out of demand in medical enterprises of East Kazakhstan region and ways of decreasing the amount of their writing-off have been examined in the article.

Основной задачей службы крови области является обеспечение медицинских организаций компонентами крови для создания неснижаемого запаса. Рациональное использование продуктов крови в медицинских организациях повышает эффективность использования бюджетных средств в здравоохранении, способствует сохранению национального донорского ресурса. Получение компонентов крови медицинскими организациями в нашей области осуществляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, то есть Восточно-Казахстанский областной центр крови, как и все другие центры крови Республики Казахстан выдает продукты крови бесплатно в соответствии с заявками.

В настоящее время в Республике отсутствуют строгие правила назначения компонентов крови, в медицинских организациях не проводится внутренний аудит их использования. Нормативными актами в нашей стране не регламентирован расчет потребности в компонентах крови, а также централизованный учет использованных и неиспользованных трансфузионных средств, отсутствует система управления запасами крови. Отсутствует нормативный документ в службе крови, определяющий пороговый уровень списания эритроцитов [1,2].

Все это способствует созданию избыточного запаса компонентов крови в медицинских организациях. В условиях роста сложных оперативных вмешательств, дорожно-транспортных происшествий, техногенных чрезвычайных ситуаций с каждым годом увеличивается потребность в эритроцитсодержащих компонентах крови.

С учетом медико-географических особенностей проанализировано переливание и утилизация эритроцитсодержащих компонентов крови в клиниках г.Усть-Каменогорска и прилегающих районов Восточно-Казахстанской области, которым был предложен вопросник, касающийся показателей работы за 2010 год: количество хирургических операций, количество перелитых эритроцитсодержащих компонентов крови, доля списанных эритроцитов, расстояние от центра крови до медицинской организации и стаж работы врача-трансфузиолога. Были получены ответы из 23 клиник городов и районов нашей области. Используя канадский и российский опыт службы крови, все медицинские организации были распределены на три группы: 1 группа – клиники, удаленные менее чем на 65 км, 2 группа – удаленные на 65-484 км, 3 группа – удаленные более чем на 484 км, (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение медицинских организаций по удаленности от областного центра крови и трансфузионной активности в ВКО.

Расстояние от областного центра крови, км	Переливание доз эритроцитов в месяц			
	1-15	16-39	40-199	более 200
До 65 км	4	4	1	-
65-484 км	12	-	1	-
Более 484 км	2	-	-	-

Обращает на себя внимание, что самое максимальное расстояние (более 484км) от областного центра крови у 2 клиник Урджарского района - около 800км, 9 клиник находятся от центра крови на расстоянии до 65км, 13 клиник расположены на расстоянии 65-484 км, из них максимальное расстояние 484км до клиник Курчумского и Тарбагатайского районов.

В клиниках, удаленных от центра крови, отмечается увеличение доли невостребованных, списанных эритроцитов (таблица 2).

В клиниках, удаленных от центра более чем на 65 км, отмечается увеличение доли невостребованных, списанных эритроцитов (таблица 2). Среднее значение доли списания эритроцитов по причине истечения срока годности в клиниках по ВКО составляет 58%. Проанализировав списание невостребованных эритроцитсодержащих компонентов крови, выявлена взаимосвязь доли списания компонента от хирургической активности. Чем выше хирургическая активность медицинской организации, тем меньше доля списания эритроцитов (таблица 3).

Таблица 2 – Распределение медицинских организаций в зависимости от доли списания эритроцитов с учетом от расстояния от центра крови

Расстояние от областного центра крови, км	Доля списания эритроцитов			
	До 15%	16-39%	40-69%	70-99%
До 65 км	2	5	1	-
65-484 км	-	-	4	9
Более 484 км	-	-	-	2

Таблица 3 – Распределение медицинских организаций в зависимости от доли списания эритроцитов с учетом хирургической активности

Количество хирургических операций	Доля списания эритроцитов			
	До 15%	16-39%	40-69%	70-99%
До 200	-	1	-	3
200-500	-	-	4	5
500-1000	-	-	-	2
1000-2000	-	1	2	-
Более 2000	3	-	2	-

В результате проведенного анализа ответов на вопросник прямой зависимости доли списания эритроцитов от стажа врача-трансфузиолога не выявлено. Это можно объяснить следующими факторами:

- строгий учет и контроль использования, списания компонентов крови;
- наличие фактора «перестраховки» у опытных врачей-трансфузиологов при формировании заявки на компоненты крови для создания неснижаемого запаса [1].

Высокий процент списания невостробованных эритроцитов в клиниках объясняется главным образом сложными природно-географическими особенностями нашей области, имеют место большая протяженность от областного центра, горная местность, снежные зимы. Кроме того, в настоящее время в Республике Казахстан, как и в России, отсутствует механизм возврата неиспользованных компонентов крови с хорошим сроком годности в центры крови. Часты случаи, когда медицинской организацией по заявке получены эритроцитсодержащие компоненты для плановой операции, которые не используются по разным причинам, таким как, смерть пациента во время операции, отмена операции и др. В таких случаях компоненты остаются невостробованными в течение всего срока годности (35 или 42 дня), особенно если речь идет об эритроцитах с резус-отрицательной принадлежностью, так как в клинику, в этот период может и не поступить пациент с аналогичной группой и резус-принадлежностью.

Вывод: Доля списания в основном зависит от трансфузионной активности и удаленности от центра крови, нулевое значение данного показателя невозможно.

В условиях существующего дефицита компонентов крови из-за низкой донорской активности, сегодня необходимо уделить большое внимание снижению доли списания эритроцитов путем внедрения в медицинских организациях системы управления запасами компонентов крови и стандартов использования, учета компонентов крови. Необходимо организовать обмен информацией с центрами крови и организациями здравоохранения - потребителями продукции через внедрение единой информационной системы службы крови. Вовлечение потребителей в единую информационную программу позволит создать эффективную систему управления запасами компонентов крови в медицинских организациях.

Литература:

1. Филина Н.Г., Жибурт Е.Б., Ключева Е.А., Караваев А.В., Бенчмаркинг списания в клинике эритроцитов с истекшим сроком хранения // Трансфузиология. - 2010. - № 3, том 11, с.28-34.
2. Ключева Е.А., Гриднев В.В., Жибурт Е.Б. Списание эритроцитов с истекшим сроком хранения в клиниках Ивановской области. // Трансфузиология. - 2010. - №1, том 11, с.29-35.

УДК 616.2-002.153-616.633.455.623+579.8

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРООРГАНИЗМОВ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИХ ПНЕВМОНИЮ У ДЕТЕЙ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, К.Ш. Амренова, Н.А. Жоргатаева, А.О. Изгутенова

Государственный медицинский университет г. Семей, Объединенная учебная научная лаборатория

Резюме

В проведенных исследованиях было установлено, что у детей гг. Семей и Алматы, к патогенным формам, способными вызвать пневмонию, относятся *St.aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria*, *Haemophilus*.

Түжырым

БАЛАРДА ӨКПЕ ҚАБЫНУЫН ЖИІ ШАҚЫРАТЫН МИКРООРГАНИЗМДЕРДІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ

Р. Е. Кулубеков, Н. Е. Аукунов, К. Ш. Амренова, Н. А. Жоргатаева, Ә. О. Изгутенова

Жүргізілген зерттеулерде Семей және Алматы қалаларында балаларда өкпе қабынуын шақыратын патогенді формаларға *St.aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria*, *Haemophilus* жататыны анықталған.

Summary

THE MICROORGANISMS, MORE OFTEN CAUSING THE ACUTE PNEUMONIA BY CHILDREN

R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, K.S. Amrenova, N.A. Djorgataeva, A.O. Izgutenova

In researches was determined that the microorganisms, more often causing the acute pneumonia by children are *St.aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria*, *Haemophilus*.

В проведенных исследованиях была изучена нормальная микрофлора у детей гг. Семей и Алматы. Было установлено, что особых различий по видовому содержанию микроорганизмов, колонизирующих ротовую полость, носоглотку и полость носа не наблюдается. Основной процент высеванных и идентифицированных микроорганизмов составляет аутохтонную облигатную и транзитную микрофлору (стрептококки, стафилококки, клебсиеллы, нейсерии и др.). Встречаются аллохтонные микроорганизмы, входящие в состав других областей, как, например, *Lactobacillus* или *Clostridium*, в состав кишечника. Таким образом, нормальная микрофлора двух регионов практически одинаково несет в себе виды условно – патогенных микроорганизмов, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию.

В проведенных исследованиях было установлено, что у детей гг. Семей и Алматы, к патогенным формам, способными вызвать пневмонию, относятся *St.aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria*, *Haemophilus*. Кроме того, как уже говорилось, доля неопознанных микробных ценозов принадлежит микоплазмам, моракселлам и т.д. Следовательно, эти микроорганизмы могут лежать в первопрочине развития пневмонии у детей что доказали наши исследования, при которых было установлено, что наиболее часто внебольничные пневмонии вызываются именно данными видами микроорганизмов. Это подтверждается другими исследователями, изучающими причины, наиболее часто приводящих к возникновению внебольничных пневмоний /1,2/.

Однако проведенными исследованиями выявлено, что существуют различия в частоте встречаемости и видах микроорганизмов, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию у детей гг. Семей и Алматы. Так, например, если в г. Семей ведущим микроорганизмом, вызывающим заболевание, является *St.pyogenes* (58,7± 1,8%), то в г. Алматы – *Str. Pneumoniae* (41,3± 2,2%). Отличаются по частоте и другие микроорганизмы, идентифицированные, как наиболее часто вызывающие внебольничную пневмонию. Например, в г. Семей штамм *Haemophilus* вызывает пневмонию в 2,6± 0,4%, а в г. Алматы в 9,6± 1,3%. Очень небольшой процент приходился на долю протей, цитобактер, микоплазмы. Необходимо отметить, что пневмонии, вызванные данными возбудителями, не имели атипичного течения, а протекали с клиническими и лабораторными показателями «банальной» пневмонии, не отличаясь по характеру от пневмоний, вызванных стрептококками, гемофильной палочкой или моракселлой. То есть, изучение микроорганизмов, вызывающих внебольничную пневмонию, показало, что существуют межрегиональные отличия между возбудителями пневмонии у детей г. Алматы и г. Семей. Такие же межрегиональные отличия подтверждают, например, Чучалин А.Г. и соавторы, отмечающие существование межрегиональных разли-

чий в РФ, а также много других ученых, занимающихся проблемами пневмонии /3/.

Кроме того, существуют межрегиональные отличия и в чувствительности микроорганизмов, вызывающих пневмонию, к антибактериальным препаратам, используемым для лечения. Так, проведенными исследованиями установлено, что при определении чувствительности исследуемых антибактериальных препаратов существует межрегиональное различие активности антибиотиков в отношении возбудителей наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию. Например, чувствительность ампициллина в отношении стрептококков, вызывающих пневмонию, в г. Семей была низкой, что свидетельствует о штаммах стрептококков, резистентных к пенициллиновому ряду, но не к бета – лактамам, поскольку стрептококки были высоко чувствительны к цефазолину. Кроме того, в г. Семей установлены штаммы стрептококков, не чувствительных к эритромицину, что может говорить о наличии устойчивых к эритромицину возбудителей.

Такие расхождения чувствительности подтверждаются многими авторами, свидетельствующими о межрегиональных различиях в активности антибактериальных средств к возбудителям пневмонии. Особенно это касается стрептококков, гемофильной палочки и стафилококка, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию. Так, например, Р. Салангетти описывает различную чувствительность гемофильной палочки к цефалоспорином 3 поколения на юге и севере Италии, а А.Г. Чучалин отмечает различную активность макролидов в отношении стрептококка на юге России (Краснодарский край) и северными регионами РФ.

Таким образом, при изучении микробных характеристик возникновения внебольничных пневмоний у детей гг. Семей и Алматы, установлено, что существуют межрегиональные отличия между видами возбудителя, наиболее часто вызывающих пневмонию в данных регионах, степени их частоты и чувствительности к антибактериальным препаратам. Проведенные исследования служат доказательством необходимости создания определенных стандартов для рациональной антибиотикотерапии в исследуемых регионах, особенно, с учетом чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Литература:

1. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. Под ред. Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов. М., 2000, 420 с..
2. Bodey G.P., Milatovic D., Braveny I. The Antimicrobial Pocket Book. Braunschweig/ Wiesbaden, 2006, 148 с.
3. Чучалин А.Г., Цой А.Н., Архипов В.В. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств. Москва, 2002. с. 1-49.

УДК 616.24 – 002-053.2+615.33

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИХ ВНЕБОЛЬНИЧНУЮ ПНЕВМОНИЮ У ДЕТЕЙ В ГОРОДАХ АЛМАТЫ И СЕМЕЙ

К.Ш. Амренова, Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, Н.А. Жоргатаева, А.О. Изгутенова

Государственный медицинский университет города Семей
Объединенная учебная научная лаборатория

ТҰжырым

Семей және Алматы қалаларында антибактериялдық препараттардың белсенділігін ара қатынасын ауруханадан тыс пневмония қозғарыштарын айрықша тағы бір рет дамуын нақты нозология аймақаралық әртүрлі Талдау көрсеткенін растаймын.

Summary

The analysis showed that activity antibacterial remedies to microorganisms, which causes unhospitality pneumonia in Semey and Almaty towns, very difference. This fact confirms about interregional significance of study this pathology and development this disease.

Немаловажным фактором рациональной антибактериальной терапии является тщательная клиническая и бактериологическая диагностика заболевания с выделением и идентификацией возбудителя, знание микроорганизмов, наиболее часто вызывающих то или иное инфекционно – воспалительное заболевание, частоты встречаемости микробов по регионам.

Но наиболее важным фактором является определение чувствительности антибактериальных препаратов к данным возбудителям.

Целью проведенного исследования явилось: изучение чувствительности отдельных видов микроорганизмов, вызывающих внебольничную пневмонию в г. Алматы и Семей.

Материалы и методы. Изучение микроорганизмов, и их чувствительности, наиболее часто вызывающих пневмонии в гг. Алматы и Семей, проводилось с помощью идентификации видов, наиболее часто вызывающих пневмонии, а также их чувствительности к антибактериальным препаратам, основывались на подборе архивного материала, а также на проведении бактериологических исследований (метод диффузии в агар и метод серийных разведений, окрас по Граму, микроскопия и т.д.) с использованием дифференцированных сред (как, например, среда Хоттингера).

В таблице 1 представлены данные, которые отображают количество проведенных исследований внебольничной пневмоний.

Таблица 1. - Количество проведенных исследований на архивном материале и бактериологических методов при различных формах пневмонии (Внебольничная пневмония)

Город	Количество архивных карт	Метод диффузии в агар	Метод серийных разведений
Алматы	1278	156	156
Семей	1203	162	157
Всего	2481	318	313

Результаты исследования. Чувствительность исследуемых антибактериальных средств распределилась следующим образом при исследовании согласно

международной общепринятой таблице коррелятивной связи диаметров зон подавления микробов для различных антибактериальных препаратов (таблица 2).

Таблица 2 - Чувствительность микроорганизмов г. Семей и г. Алматы.

Препарат	S.p.	H.i.	S. pyog.	Kl.p.	St.aureus	M. catarr.	Другие
Семей							
Ампициллин	НА	НА	НА	НА	Нет	НА	НА
Амоксиклав	А	А	А	УА	УА	УА	НА
Цефазолин	А	А	А	А	НА	А	НА
Цефтриаксон	А	А	А	А	УА	А	А
Гентамицин	Нет	УА	нет	А	УА	А	А
Эритромицин	Нет	НА	нет	А	А	А	УА
Азитромицин	А	А	А	А	УА	УА	УА
Алматы							
Ампициллин	А	УА	А	А	Нет	А	НА
Амоксиклав	А	А	А	А	НА	УА	НА
Цефазолин	А	А	А	А	УА	А	НА
Цефтриаксон	А	А	А	А	УА	А	А
Гентамицин	НА	УА	НА	А	УА	А	А
Эритромицин	УА	УА	УА	А	УА	А	УА
Азитромицин	А	А	А	А	А	А	УА

Примечание: НА – низкая активность; УА – умеренная активность; А – высокая активность.

Было установлено, что в отличие от г.Алматы, большинство штаммов, как Streptococcus pyogenes, так и пневмококков, обладают устойчивостью к любым пенициллинам. Ампициллин оказался активным в отношении пневмококка только в 16,2±1,4%, а в отношении Streptococcus pyogenes в 21,1±2,1% (P < 0,05). В отношении Haemophilus influenzae ампициллин проявлял активность только в 9,2±0,7%. Такая же низкая активность зафиксирована и в

отношении моракселлы, микоплазмы, протей и цитобактера. В отношении стафилококка активности не было вообще. То есть, в Семейском регионе возбудители, наиболее часто вызывающие пневмонию, не чувствительны к пенициллиновому ряду. Помимо этого, проведенные исследования показали, что в Семейском регионе присутствуют макролидорезистентные (только к эритромицину) стрепто-

кокки. Они были чувствительны у эритромицину только в 5,3±0,8% ($P < 0,05$) (таблица 3).

Как видно из таблицы, чувствительность антибактериальных препаратов к одним и тем же возбудителям,

наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию в гг. Семей и Алматы неодинакова, что, естественно, приведет к различным схемам эмпирического назначения препаратов в данных регионах.

Таблица 3 - Активность антибактериальных препаратов в отношении возбудителей, вызывающих внебольничную пневмонию*.

Препарат	S.p.	H.i.	S. pyog.	Kl.p.	St.aureus	M. catarr.	Другие
Семей							
Ампициллин	16,2±1,4	9,2±0,7	21,1±2,1	13,7±3,2	Нет	18,1±4,7	2,3±0,08
Амоксиклав	91,2±4,7	84,2±5,1	97,6±3,3	67,1±3,8	59,2±5,6	55,3±8,9	13,2±3,7
Цефазолин	92,3±5,1	88,3±3,9	94,2±1,8	83,2±7,2	34,3±4,6	79,7±6,6	45,2±7,4
Цефтриаксон	92,1±3,2	85,7±5,1	93,8±4,1	83,4±5,3	68,3±4,4	95,2±1,8	89,3±3,5
Гентамицин	Нет	57,3±8,4	Нет	96,1±2,2	56,6±6,4	85,3±2,7	76,4±4,3
Эритромицин	5,3±0,8	24,3±2,6	43,2±4,4	83,2±5,3	59,7±3,9	58,5±2,1	62,3±6,1
Азитромицин	90,7±5,2	86,6±6,4	82,1±3,3	93,1±5,1	54,1±4,1	57,8±5,5	51,3±9,1
Алматы							
Ампициллин	85,4±7,3	62,1±6,4	84,3±5,5	78,4±3,6	Нет	76,5±4,1	18,6±3,8
Амоксиклав	91,4±3,3	86,2±3,3	86,8±6,2	82,1±5,9	33,1±4,1	58,9±3,8	9,7±2,0
Цефазолин	94,4±2,2	85,7±3,9	87,4±3,7	79,6±4,4	55,3±6,1	86,6±7,2	11,4±4,3
Цефтриаксон	92,3±4,1	86,4±4,5	93,2±2,7	86,9±6,3	68,2±4,5	88,5±4,8	84,7±7,3
Гентамицин	14,1±2,7	52,1±4,3	19,2±3,9	77,6±5,5	59,3±6,4	86,5±5,4	88,7±6,2
Эритромицин	49,7±5,3	55,2±4,4	48,3±7,1	83,8±5,2	77,5±5,8	87,6±3,3	61,7±5,9
Азитромицин	94,2±2,7	86,9±5,8	84,7±4,9	85,8±6,6	79,4±5,3	83,7±7,3	60,1±3,1

*- $P < 0,05$

В г. Алматы была зарегистрирована активность ампициллина в отношении стрептококков, клебсиеллы и моракселлы, в отличие от г. Семей. Эритромицинрезистентные штаммы стрептококков встречались несколько реже, чем в г. Семей, однако, все же были достаточно представлены при внебольничной пневмонии. Если в г. Семей активность эритромицина в отношении стрептококков составляла 5,3±0,8%, то в г. Алматы стрептококки были чувствительны к эритромицину в 49,7±5,3% случаев. Активность цефалоспоринов 2 и 3 поколения,

новых макролидов в отношении стрептококков была практически одинакова. Аминогликозиды так же не имели активности в отношении стрептококков, как и в г. Семей. Если гентамицин в г.Семей вообще не имел активности в отношении стрептококков, то в г. Алматы его активность составила в отношении *Streptococcus pneumoniae* всего 14,1±2,7%; а в отношении *Streptococcus pyogenes* 19,2±3,9%, что не играет существенной роли (рисунок 1).

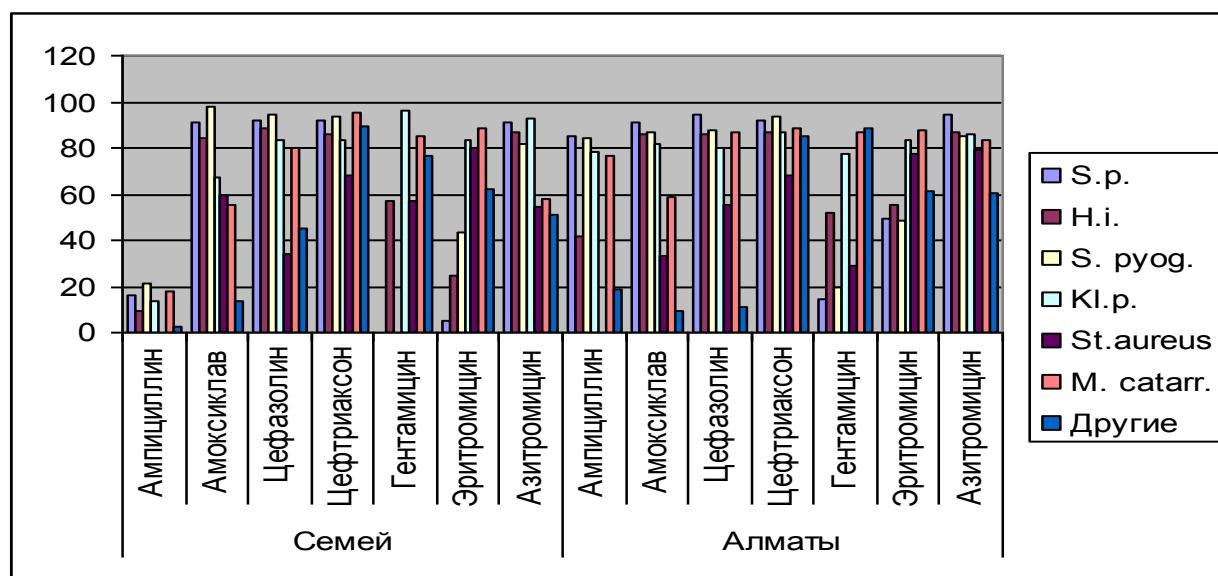


Рисунок 1 - Активность антибиотиков в отношении возбудителей, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию у детей г. Семей.

Необходимо отметить, что проведенный анализ показал различия активности антибактериальных препаратов в отношении возбудителей внебольничной пневмонии в гг.Семей и Алматы, которые еще раз подтверждают о межрегиональных особенностях развития данной нозологии.

Таким образом, установлено, что микроорганизмы, наиболее часто вызывающих пневмонии, обладают различной степенью активности в гг. Семей и Алматы, и

схемы рациональной антибиотикотерапии при данной нозологии подлежат рассмотрению.

Литература:

1. Чучалин А.Г., Цой А.Н., В.В. Архипов. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств. Москва, 2002. с. 1-49.
2. Bodey G.P., Milatovic D., Braveny I. The Antimicrobial Pocket Book. Braunschweig/ Wiesbaden, 2006, 148 с.

УДК 616.12-008.10.2

РОЛЬ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Г.Т. Кыикбаева

АО «Республиканский диагностический центр», г. Астана

Тұжырым**ЖҮРЕК ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНДА АНТИТРОМБОЦИТАРЛЫҚ ЕМДЕРДІҢ МАҢЫЗЫ**

Г.Т. Кыикбаева

Бұл мақалада жүрек ишемиялық ауруымен ауыратын науқастарда антитромбоцитарлық емдер қолданылуы қарастырылады; аспирин және клопидогрел препараттарын жеке бөлек пайдалану нәтижелілігі және де бұл екеуін қоса қолданатын жағдайлар көрсетіледі.

Summary**ROLE OF ANTITHROMBOTIC THERAPY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH IHD**

G.T. Keekbayeva

Issues of the role of antithrombotic therapy for patients with IHD, efficacy of aspirin and clopidogrel monotherapy, indications for double antithrombotic therapy are discussed in the article.

Атеросклероз и атеротромбоз являются основной причиной коронарной болезни сердца. Острый коронарный синдром (ОКС) во многом определяет сердечно-сосудистую смертность во многих странах мира, в том числе в Казахстане. Известно что, в связи с неблагоприятной ситуацией в Казахстане с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Министерством здравоохранения РК разработана Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан», в которой одним из приоритетных направлений признано развитие и совершенствование кардиологической службы в республике[1].

В ходе выполнения данной Программы в РК создана эффективная кардиологическая и кардиохирургическая служба - 8 специализированных центров, 24 кардиохирургических и 48 кардиологических отделений. В результате реализации Программы планируется снижение показателя смертности от ССЗ – в среднем на 20% (в 2009 году этот показатель составил 416,4, а в 2010 году – 403,7 случаев на 100 тыс. населения). Много внимания уделяется в лечении болезней системы кровообращения новым высокотехнологичным методам, в частности, интервенционным вмешательствам на коронарных артериях. Тем не менее, важное значение сохраняет проблема вторичной профилактики ИБС. На сегодняшний день одним из важнейших направлений лечения является антитромбоцитарная терапия. В течение последних лет принят ряд рекомендаций, регламентирующих ведение больных с разными формами ишемической болезни сердца (ИБС), в том числе после реваскуляризации [2–7]. Препаратами первого ряда с высокой степенью доказательности остаются ацетилсалициловая кислота (АСК) и клопидогрел. Как известно, АСК реализует свое антитромбоцитарное действие через ингибирование циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1). Аспирин в дозе 75 мг ингибирует ЦОГ-1 на 90–95%. Клопидогрел в отличие от АСК является пролекарством. После всасывания в кишечнике 85% клопидогрела подвергается гидролизу, под действием эстераз трансформируясь в неактивные метаболиты. В печени метаболизируется 15% клопидогрела, при участии цитохрома Р-450 становясь активным метаболитом. Именно активный метаболит клопидогрела необратимо ингибирует аденозиндифосфат, что реализуется в понижении агрегационной способности тромбоцитов.

Наряду с этими препаратами обсуждаются блокаторы гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов IIb/IIIa (абиксимаб и др.), прасугрел, прямой ингибитор P2Y12 рецепторов тикагрелор.

Несмотря на применение аспирина, у ряда больных развиваются нежелательные коронарные события (ОКС, тромбозы стентов, летальные исходы). Одной из причин неудачной профилактики ОКС ацетилсалициловой кислотой является резистентность к ней. Обсуждаются многочисленные причины резистентности к АСК, в том числе генетические, клеточные, клинические.

Доступные в настоящее время доказательные данные позволяют утверждать, что комбинация АСК и клопидогреля у большого числа кардиологических больных может обеспечить более высокую эффективность в предупреждении серьезных кардиоваскулярных событий, чем монотерапия АСК или каким-либо другим антиагрегантом. Кроме того, такая комбинация ассоциирована с благоприятным профилем безопасности. Особенно выраженными эти преимущества оказались у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), а также у пациентов, которым проводится чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), особенно после стентирования коронарных сосудов. В связи с этим на сегодняшний день двойная антитромбоцитарная терапия АСК и клопидогрелем составляет основу принципов ведения больных с ОКС и лиц, подвергающихся ЧКВ. Однако у пациентов низкого риска (например, при стабильном течении сердечно-сосудистого заболевания) такая комбинация не является оправданной в связи с тем, что потенциальные преимущества перекрываются риском геморрагических осложнений.

Двойная антитромбоцитарная терапия является привлекательной не только потому, что резистентность к АСК составляет от 4 до 59,5%, но также вследствие возможного вариабельного ответа на клопидогрел у 28% больных. Современные показания к двойной антитромбоцитарной терапии (АСК + клопидогрел) выглядят следующим образом:

- ОКС без подъема сегмента ST;
- ОИМ с элевацией сегмента ST;
- После ЧКВ, при стентировании металлическими и иными лекарственными покрытиями стентами;
- у пациентов после аортокоронарного (АКШ) шунтирования по поводу ОКС.

Представляется правомерным применение двойной антитромбоцитарной терапии при наличии резистентности к одному из антиагрегантов.

Таким образом, следует отметить, что в арсенале кардиолога в настоящее время имеется достаточно средств, позволяющих успешно предотвращать нежелательные коронарные события при разных формах ИБС, после ЧКВ и АКШ. Применение современных рекомендаций в реальной клинической практике позволит снизить смертность у пациентов с коронарной патологией.

Литература:

1. Бекбосынова М.С. Болезни системы кровообращения. Этапы: амбулаторный и скорая помощь. Проблемы и пути их решения. Доклад на заседании Республиканского штаба по БСК от 18 мая 2011 г.
2. Smith SC Jr, Allen J, Blair SN et al. ACC/AHA Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update: Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. J Am Coll Cardiol 2006; 47 (10): 2130–9.
3. Рекомендации ВНОК по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на

ЭКГ. Кардиология 2004 и 2006. Прил. <http://www.cardiosite.ru;http://www.atbero.ru>.

4. ESC guidelines on the diagnosis and treatment of non-ST segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J 2007; 28 (13): 1598–660.

5. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction). JACC 2007; 50: e1–157.

6. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемами сегмента ST на ЭКГ. Российские рекомендации. Кардиоваск. тер. и проф. 2007; (Прил.): 8.

7. Анти тромботическая терапия у больных со стабильными проявлениями атеротромбоза. Российские рекомендации. Кардиоваск. тер. и проф. 2009; Прил. 8(6).

УДК 616.12-008.10.2

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

У.Р. Аргандыкова¹, Г.Т. Кыякбаева², Ф.Т. Апбасова³, А.К. Жилкайдарова⁴, А.О. Шалгумбаева⁵

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Павлодар¹, АО «Республиканский диагностический центр», г. Астана², КГКП «Центр первичной медико-санитарной помощи №12», г. Семей³, Медицинское объединение №1, с. Таскескен⁴, ГУ «Военный госпиталь г. Аягоз»⁵

Тұжырым

ЖЫПЫЛЫҚТАҒЫШ АРИТМИЯНЫ ЕМДЕУДЕГІ ЗАМАНАУИ КӨЗҚАРАС

У.Р. Аргандыкова, Г.Т. Кыякбаева, Ф.Т. Апбасова, А.К. Жилкайдарова, А.О. Шалгумбаева

Бұл мақалада жыпылықтағыш аритмия жағдайында қолданылатын заманауи емдік шаралар туралы шолу жасалған. Емдеу принциптерінің негізгі бағыттары қарастырылады. Жүрек ырғағын қалпына келтіру және жыпылықтағыш аритмияны қайтармай тек қана жүрек соғу жиілігін бақылау стратегиялары өз ара салыстырылады. Фармакологиялық кардиоверсияның іске асырылуы туралы жан-жақты мәлімет келтірілген.

Summary

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION

U.R. Argandykova, G.T. Keekbayeva, F.T. Apbasova, A.K. Zhilkaidarova, A.O. Shalgumbayeva

This article outlines current management of atrial fibrillation. Comparative analysis of two therapeutic strategies like sinus rhythm restoration and rate control in the case of persistent atrial fibrillation is discussed. Schemes of pharmacologic cardioversion are considered.

Лечение аритмий сердца относится к проблемным вопросам кардиологии из-за отсутствия единого подхода к лечению нарушений ритма сердца, а также проявлению проаритмогенного действия у самих антиаритмических препаратов / ААП / - в среднем до 10% случаев. Не все виды аритмий требуют экстренной терапии, в тоже время необходимо своевременно переходить от консервативных методов лечения к хирургическим. В возрасте старше 60 лет ФП наблюдается у 5% населения, среди лиц старше 75 лет - у 14%. ФП занимает второе, после экстрасистол, место по распространенности среди аритмий. В Северной Америке зарегистрировано 2,2 млн. больных ФП, в Европе-4,5 млн. Только в Германии ею страдают почти 1 млн. человек. Затраты на лечение больных ФП в странах Евросоюза составляют 13,5 млрд евро в год (ACC/AHA/ESC).

Этиология. ФП - частое осложнение митральных пороков сердца, атеросклеротического кардиосклероза, КМП. Острые (обратимые) причины ФП: хирургическое вмешательство (особенно на сердце или органах грудной клетки), поражение электротокком, острый инфаркт миокарда, миокардит, острое легочное заболевание, ТЭЛА. ФП наблюдается также при инфильтративном поражении миокарда в рамках амилоидоза, гемохроматоза, а также при опухолях сердца. При недавно обнаруженной ФП необходимо исключить тиреотоксикоз или другую дисфункцию щитовидной железы. Обсуждаются также и другие причины – пролапс митрального клапана с митральной регургитацией, кальцификация митрального кольца и идиопатическое расширение правого предсердия. Еще одним фактором риска, который стимулирует развитие аритмии, является употребление

алкоголя. Известен так называемый синдром "праздника сердца" (Holiday-heart-Syndroms), который характеризуется появлением нарушений сердечного ритма у пьющих людей без подтвержденной кардиомиопатии после массивного потребления алкоголя, например, по различным поводам в конце недели.

Лечение больных с ФП включает три не взаимоисключающие задачи: контроль ЧСС, профилактику тромбоэмболических осложнений и лечение аритмии. Ранее описанные стратегии лечения включали стратегии контроля ритма и контроля ЧСС. Под стратегией контроля ЧСС подразумевалось контролирование частоты сокращения желудочков, не предпринимая попыток восстановления ритма и его поддержания. Стратегия контроля синусового ритма подразумевает восстановление синусового ритма и его удержание. Эта стратегия предполагает также контроль частоты синусового ритма. В зависимости от результатов стратегии должны изменяться в случае неэффективности. Независимо от выбранной стратегии всем больным необходимо проводить антитромботическую терапию, направленную на предупреждение тромбоэмболий.

Фармакологические препараты и методы абляции являются эффективными как для контроля ритма, так и для контроля ЧСС, и в определенных условиях хирургические методы лечения могут быть предпочтительными. Независимо от выбранных методов лечения необходима антикоагулянтная терапия, которая должна проводиться на основании имеющихся у больного факторов риска развития инсульта независимо от того, какой ритм у пациента – синусовый или ФП. Для больных, у которых выбрана стратегия восстановления синусового ритма, медикаментозная терапия является тактикой первого выбора, абляция левого предсердия – тактикой второго выбора, особенно у лиц с симптоматической ФП. У некоторых пациентов в основном молодого возраста с выраженными симптомами ФП радиочастотная абляция предпочтительнее медикаментозной.

Основания для восстановления и поддержания синусового ритма у пациентов с ФП – уменьшение симптомов, профилактика тромбоэмболий, предотвращение развития кардиомиопатии. Часто считается, что восстановление синусового ритма решает все эти проблемы, однако существует недостаточное количество исследований, доказывающих, что при восстановлении и поддержании синусового ритма эти цели достигаются.

Теоретически восстановление и поддержание синусового ритма снижают риск развития тромбоэмболий и соответственно уменьшают потребность в антикоагулянтах, однако препараты для контроля ритма более безопасны, чем антиаритмические средства. В результате проведенных рандомизированных исследований оценки этих стратегий не установлено достоверных отличий в продолжительности жизни, частоте возникновения инсультов и смертности. Восстановление синусового ритма часто производят при персистирующей ФП в плановом порядке. Однако если аритмия является основным фактором острой СН, гипотензии или ухудшения симптоматики у больных с ИБС, восстановление синусового ритма следует проводить немедленно. При кардиоверсии всегда существует риск тромбоэмболии, который существенно снижается при начале антикоагулянтной терапии до процедуры, повышается – при наличии ФП более 48 часов.

Синусовый ритм восстанавливается фармакологически и при помощи электрического разряда. До того,

как восстановление ритма при помощи электрического разряда стало обычной процедурой, широко использовались лекарственные средства. Разработка новых препаратов сделала фармакологическую конверсию популярной, хотя и продолжают оставаться некоторые недостатки – риск развития лекарственной желудочковой тахикардии типа «пируэт» или другой жизнеугрожающей аритмии. Фармакологическая кардиоверсия все еще менее эффективна, чем электрическая. Однако для электрической кардиоверсии требуется местная или общая анестезия, а для фармакологической – нет. Риск тромбоэмболии или инсульта одинаково существует как при первом виде кардиоверсии, так и при втором. Рекомендации по антикоагуляции при кардиоверсии также аналогичны для обоих способов и приведены в разделе по профилактике тромбоэмболий.

Лекарственный подход проще, но менее эффективен. В некоторых случаях фармакологическое восстановление ритма (ФВР) может быть выполнено даже в домашних условиях. Наиболее высокий риск – токсичность антиаритмических средств. Фармакологическая кардиоверсия наиболее эффективна в течение 7 дней после начала приступа ФП. У большинства таких пациентов это первый приступ ФП. У половины больных с недавно развившейся ФП в течение 24-48 часов происходит спонтанная кардиоверсия. Спонтанное восстановление синусового ритма реже происходит у больных с длительностью ФП более 7 дней до начала лечения, а эффективность терапии у пациентов с постоянной формой ФП – значительно ниже.

Некоторые препараты обладают отсроченным началом действия, и поэтому восстановление синусового ритма происходит через несколько дней. В некоторых исследованиях было выявлено, что фармакотерапия укорачивала время восстановления синусового ритма по сравнению с плацебо, не влияя на процент пациентов, у которых синусовый ритм сохранялся более 24 часов. Терапия, направленная на фармакологическую кардиоверсию, может ускорить восстановление синусового ритма у больных с недавно развившейся ФП, однако через 24-48 часов ее преимущество весьма мало, и она намного менее эффективна у больных с персистирующей формой ФП.

Относительная эффективность различных средств зависит от разновидности мерцательной аритмии, однако больные с трепетанием предсердий также были включены во многие исследования антиаритмических препаратов. Доза, способ введения, время начала приема препаратов влияют на эффективность, и эти факторы максимально учитывались при разработке данных рекомендаций.

1. Применение флекаинида, дофетилида, пропафенона или ибутилида рекомендуется для фармакологической кардиоверсии ФП (класс I, уровень доказательности А).

2. Применение амиодарона является средством выбора для фармакологической кардиоверсии ФП (класс IIa, уровень доказательности А).

3. Применение разовой дозы пропафенона или флекаинида для купирования персистирующей ФП в амбулаторных условиях необходимо начинать с предварительного лечения в стационарных условиях для подтверждения его безопасности и отбора больных без блокад ножек пучка Гиса, удлиненного интервала QT, синдрома Brugada или структурных заболеваний сердца (класс IIa, уровень доказательности С).

4. Применение амиодарона может быть предпочтительным в амбулаторных условиях при пароксизмальной или персистирующей ФП, когда быстрое восстановление синусового ритма не является необходимым (класс IIa, уровень доказательности C).

5. Дигоксин и соталол не рекомендуются для проведения фармакологической кардиоверсии из-за побочных эффектов (класс III, уровень доказательности A).

6. Хинидин, прокаинамид, дизопирамид и дофетилид нельзя назначать в амбулаторных условиях для восстановления синусового ритма (класс III, уровень доказательности C).

Литература:

1. Арутюнов Г. П., Рылова А.К. // Клин. фармакология и терапия. – 2000—№ 4. – С. 12–15

2. Беленков Ю.Н., Сангонова Д.Ф., Агеев Ф.Т. // Кардиология. – 1996. — № 12. – С. 37–47.

3. Лопатин Ю.М., Иваненко В.В., Рязанцев Н.В. и др. // Сердечная недостаточность. – 2002. - № 4. – С. 180–182.

4. Недоступ А.В., Благова О.В., Богданова Э.А. и др. // Кардиология. – 2004. — № 1. – С. 31–38.

5. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., Шарошина И.А. и др. // Кардиология. – 2005. — № 5. – С. 78–91.

6. Терещенко С. Н. // Рус. мед. журнал. – 1999. — №2. – С. 67–70.

7. Терещенко С. Н., Буланова Н. А., Косицина И.В. и др. // Кардиология. – 2003. – № 10. – С. 87–92.

8. Терещенко С.Н., Чуич Н.Г., Галактионов П.С. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. — № 8. – С. 6–11.

УДК 616.12-008.10.2

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Г.Т. Кыкбаева

АО «Республиканский диагностический центр», г. Астана

Тұжырым

ЖҮРЕКТІҢ КОРОНАРЛЫҚ АУРУЫН ЕМДЕУДЕГІ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕР

Г.Т. Кыкбаева

Бұл мақалада жүректің коронарлық ауруымен ауыратын науқастарды емдеу мәселесі қарастырылады: коронарлық артерияларға тамырлар арқылы катетер еңгізу немесе хирургиялық жолмен емдеу тәсілдері қай кезде қолданылатыны, дәрі-дәрмекпен емдеу тәсілдерінің маңызы, терапия саласындағы дәрігерлердің осындай науқасты бақылап емдегендегі маңызы.

Summary

SOME ASPECTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

G.T. Keekbayeva

Issues of management of patients with coronary heart disease including indications for the interventions, role of medicinal therapy, tactics of internists in rehabilitation and management of patients at different stages are considered in the article.

Болезни системы кровообращения (БСК) продолжают оставаться основной причиной преждевременной смерти населения в экономически развитых странах, несмотря на достижения современной медицины. Особенно острой эта проблема остается для Республики Казахстан, где заболеваемость БСК составила в 2009 году - 2273,1 случая, а в 2010 году - 2087,7 на 100 тыс. населения. Показатели смертности от БСК также высоки: в 2009 году - 416,4, а в 2010 году - 403,7 случаев на 100 тыс. населения [1]. В программе реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламаты Қазақстан» снижение показателей заболеваемости и смертности по болезням системы кровообращения рассматривается как одна из приоритетных. Для решения этих проблем предполагается выделение больших денежных ресурсов с целью закупки рентген-лабораторных установок, оборудования, медикаментозных средств, обучения врачей и средний медицинский персонал современным методам оказания специализированной помощи больным БСК. Одной из наиболее частой причиной смерти больных, страдающих заболеваниями сердечно-

сосудистой системы, является коронарная болезнь сердца (КБС).

В последние годы широко используются такие методы лечения КБС, как коронарное шунтирование (КШ), транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика (ТБКА) и стентирование коронарных артерий (КА). Благодаря государственной политике, ставящей одной из приоритетных направлений развития нашего общества здоровье населения, в нашей республике активно внедряются эти современные методы лечения КБС. Если на начало 2011 года в нашей стране работало 24 ангиографические установки, то к концу 2015 года планируется развернуть по республике 65 таких рентгенлабораторий. Быстро растет и активность этих установок: в 2008 по Казахстану было произведено 671 экстренных коронароангиографий, в 2009 году - 2058, а в 2010 году - уже 4202 [1]. Повышение безопасности и клинической эффективности, совершенствование хирургической техники позволило значительно расширить показания к этим вмешательствам и существенно увеличить количество больных, подвергаемых данным процедурам. Использование эндоваскулярной хирургии в развитых странах при поражении коронарных арте-

рий с 1995 по 2004 г. выросло в 12,7 раз и продолжает расти [2].

В клинической практике аортокоронарное шунтирование (АКШ) применяют с 1960-х годов, ТБКА впервые была применена в 1977 г. Андреасом Грюнцигом, а к середине 1980-х годов ее стали воспринимать как альтернативу АКШ. Несмотря на значительный технический прогресс обоих видов вмешательств, в частности использование стентов с лекарственным покрытием (СЛП) и артериальных шунтов при АКШ, их роль в лечении больных стабильной КБС иногда ставят под сомнение. Это связано с оптимизацией современной медикаментозной терапии (МТ) вследствие внедрения в клиническую практику фармакологических препаратов нового поколения.

Сегодня уже очевидно, что выявленная ишемия миокарда отрицательно влияет на клинические исходы [смерть, ИМ, острый коронарный синдром (ОКС), развитие стенокардии]. Установлено, что стратегия раннего инвазивного лечения сокращает частоту рецидивов тяжелой ишемии, уменьшает потребность в повторной госпитализации и реваскуляризации миокарда [3]. Самый последний метаанализ подтвердил, что ранняя инвазивная стратегия снижает смертность от сердечно-сосудистых причин и частоту ИМ в период до 5 лет, особенно в ранние сроки [4]. Безусловно, реваскуляризация миокарда оправдана, если ожидаемая от нее польза с точки зрения выживаемости или показателей здоровья (симптомы, функциональный статус и/или качество жизни) перевешивает отрицательные последствия процедуры. Известно, что у больных, не имеющих жизнеспособного миокарда, и с низкой фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) реваскуляризация миокарда не улучшает прогноз [5,6].

Важной составляющей при направлении пациента на инвазивные и хирургические методы лечения КБС является предоставление им полной и объективной информации о вмешательствах. Это связано с тем, что большинство пациентов не до конца понимают свое заболевание и иногда возлагают неоправданные ожидания на предлагаемое вмешательство, неправильно оценивают вероятность осложнений или потенциальную необходимость в повторном вмешательстве (например, после ТБКА). Пациент должен полностью понимать риски и преимущества предлагаемых вариантов лечения КБС за исключением больных, находящихся в нестабильном состоянии или являющихся кандидатами на срочные вмешательства при развитии шока, ИМ с подъемом сегмента ST (ИМнST) или ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбнST).

Очень важно, что больные, направляемые на реваскуляризацию миокарда, должны знать, что и после вмешательства им потребуется оптимальная МТ, включающая антитромбоцитарные препараты, статины, БАБ и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Цель реваскуляризации миокарда – устранение ишемии миокарда, а не самого заболевания КА.

Врачу терапевтического направления очень важно понимать, как вести пациента после

ТБКА/стентирования или АКШ. Период после реваскуляризации миокарда должен сопровождаться кардиореабилитацией и адекватными мерами вторичной профилактики: оптимальной МТ, модификацией факторов риска и изменением образа жизни на постоянной основе. Кардиореабилитация и вторичная профилактика являются частью долгосрочного ведения больных после реваскуляризации, потому, что эти меры, будучи эффективными по стоимости, способствуют снижению инвалидизации и летальности в будущем. Очень важно повышать приверженность пациента медикаментозному лечению еще в период госпитализации, когда степень мотивации у него очень высока. Важно проведение обучающих школ для всех пациентов после вмешательств на КА, для того, чтобы они могли перейти на здоровый образ жизни и согласиться на модификацию факторов риска. Такое обучение, проводимое в период кардиореабилитации, должно активно сочетаться с физическими тренировками.

Таким образом, в настоящее время в лечении коронарной болезни сердца важное значение имеют интервенционные методы, особенно при дестабилизации состояния с развитием острого коронарного синдрома. Но в тоже время не теряют свою роль медикаментозные методы лечения, которые дополняют вмешательства на коронарных артериях. Врач терапевтического профиля должен уметь определять показания для проведения интервенционных вмешательств, своевременно направлять таких пациентов в кардиохирургические лечебные учреждения, а также проводить реабилитацию и последующее наблюдение таких больных в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Бекбосынова М.С. Болезни системы кровообращения. Этапы: амбулаторный и скорая помощь. Проблемы и пути их решения. Доклад на заседании Республиканского штаба по БСК от 18 мая 2011 г.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Отечественная сердечно-сосудистая хирургия (1995-2004 годы). М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2006.
3. Mehta SR, Cannon CP, Fox KA, Wallentin L et al. Routine vs selective invasive strategies in patients with acute coronary syndromes: a collaborative meta-analysis of randomized trials. JAMA 2005; 293: 2908–17.
4. Fox KA, Clayton TC, Damman P, Pocock SJ et al. Long-term outcome of a routine versus selective invasive strategy in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome a meta-analysis of individual patient data. J Am Coll Cardiol 2010; 55: 2435–45.
5. Allman KC, Shaw LJ, Hachamovitch R, Udelsman JE. Myocardial viability testing and impact of revascularization on prognosis in patients with coronary artery disease and left ventricular dysfunction: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2002; 39: 1151–8.
6. Beanlands RS, Nichol G, Huszti E et al. F-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography imaging-assisted management of patients with severe left ventricular dysfunction and suspected coronary disease: a randomized, controlled trial (PARR-2). J Am Coll Cardiol 2007; 50: 2002–12.

УДК 616.24-007.63

**ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ****Г.Т. Киыкбаева¹, Г.К. Омарова², Г.Х. Шерьязданова², А.К. Жилкайдарова³, А.О. Шалгумбаева⁴****АО «Республиканский Диагностический центр», г. Астана¹, КГКП «Городская больница №2», г. Семей², Медицинское объединение №1, с. Таскескен³, ГУ «Военный госпиталь г. Аягоз»⁴****Тұжырым****ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЗАМАНАУИ ЕМДЕЛУІ****Г.Т. Киыкбаева, Г.К. Омарова, Г.Х. Шерьязданова, А.К. Жилкайдарова, А.О. Шалгумбаева**

Бұл мақалада өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы (ӨСОА) диагностикасы және емдеу аспектілері жөнінде мәліметтер келтірілген. Бұл аурудың пайда болу себептері, клиникалық көріністері, диагностикасы және емдеу принциптеріне қатысты заманауи деректер топтастырылған. Бронхолитикалық терапия негізгі емдік шара екені көрсетілген.

Summary**DIAGNOSIS AND MODERN ASPECTS OF COPD TREATMENT****G.T. Keekbayeva, G.K. Omarova, G.Ch. Sheryazdanova, A.K. Zhilkaidarova, A.O. Shalgumbayeva**

Current aspects of diagnostics and treatment of chronic obstructive pulmonary disease are highlighted in the article. The article were to review a etiological factors, clinical manifestations, diagnostics and treatment modalities of COPD.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к часто встречающимся заболеваниям человека, является важной медико-социальной проблемой, входя в число лидирующих причин временной нетрудоспособности и инвалидности, занимает 4-е место в мире среди причин смертности. Заболеваемость ХОБЛ растет во всем мире, что связано с увеличением потребления табачных изделий и изменением возрастной структуры населения развивающихся стран [1, 4]. Большая дистанция между началом болезни и ее первыми проявлениями приводит к тому, что больные ХОБЛ обращаются за медицинской помощью поздно, когда возможности терапии ограничены. В течение последнего десятилетия врачи всего мира придерживаются в лечении больных ХОБЛ рекомендаций, предлагаемых рабочей группой ВОЗ «Глобальная инициатива: Хроническая обструктивная болезнь легких» (GOLD), (последнее обновление рекомендаций – 2010 г.) [1].

ХОБЛ — это заболевание, характеризующееся не полностью обратимым ограничением воздушного потока. Ограничение воздушного потока, как правило, прогрессирует и связано с патологической воспалительной реакцией легочной ткани в результате воздействия вредных частиц или газов [2].

Болезнь проявляется кашлем, отделением мокроты и нарастающей одышкой, носит неуклонно прогрессирующий характер с исходом в хроническую дыхательную недостаточность и легочное сердце.

Хронический кашель и продукция мокроты часто долго предшествуют ограничению воздушного потока, хотя не у всех людей с этими симптомами развивается ХОБЛ. Диагноз ХОБЛ должен предполагаться у всех пациентов с факторами риска (курение, длительное воздействие профессиональных раздражителей, атмосферное и домашнее загрязнение воздуха) при наличии кашля и продукции мокроты. Пассивное курение также ведет к развитию респираторных симптомов и ХОБЛ. Перенесенные в детстве инфекции дыхательных путей увеличивают частоту респираторной симптоматики у взрослых.

Для ХОБЛ характерна стадийность течения заболевания с определенной клинической картиной и характерными морфологическими изменениями, которые обнаруживаются в крупных центральных бронхах, мелких периферических бронхах и бронхиолах, легочной паренхиме, в малом круге кровообращения и правых отделах сердца. Уже на ранних стадиях заболевания в

ответ на воздействие пусковых факторов возникает воспаление дыхательных путей. Нередкое присоединение к бронхиальной астме хронического обструктивного бронхита не влекло за собой коррекцию фармакотерапии, в то время как такая коррекция была необходима.

Ведущее место в диагностике и объективизации степени тяжести ХОБЛ занимает исследование функции внешнего дыхания (ФВД). Спирография должна выполняться всем больным с хроническим кашлем, отделением мокроты и наличием факторов риска даже при отсутствии одышки, что позволит выявить заболевание на ранних стадиях. При исследовании определяют объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ) и отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ — наиболее чувствительный параметр, определяющий обструкцию.

ОФВ₁/ФЖЕЛ — основной и наиболее ранний признак в диагностике ХОБЛ. Снижение данного показателя менее 70% от должного в период ремиссии свидетельствует об обструктивных изменениях в бронхах, присутствующих во всех стадиях заболевания, независимо от степени тяжести, определяемой по ОФВ₁. Обструкция считается хронической, если она регистрируется не менее трех раз в течение одного года, несмотря на проводимую терапию.

При постановке диагноза ХОБЛ указывается тяжесть течения заболевания: легкое (I стадия), среднетяжелое (II стадия), тяжелое (III стадия) или очень тяжелое (IV стадия) течение; фаза процесса: ремиссия или обострение; дыхательная недостаточность; наличие осложнений; сопутствующие болезни, оказывающие влияние на тяжесть ХОБЛ. Со временем ХОБЛ прогрессирует. Функция легких при этом ухудшается, несмотря на использование всех возможных средств лечения, поэтому при установлении диагноза ХОБЛ клинические симптомы заболевания и функцию легких следует мониторировать, чтобы своевременно диагностировать развитие осложнений и проводить коррекцию лечения.

Отказ от курения или устранение иных триггерных факторов — наиболее эффективный метод снижения риска развития и темпов прогрессирования ХОБЛ.

Основными задачами современной фармакотерапии ХОБЛ являются предупреждение прогрессирования и уменьшение симптомов заболевания, повышение толерантности к физической нагрузке, профилактика и лечение обострений и осложнений, снижение смертно-

сти, предупреждение или максимальное снижение побочных эффектов лечения.

Современные представления о сущности ХОБЛ декларируют бронхиальную обструкцию главным и универсальным источником всех последующих патологических изменений, развивающихся при ХОБЛ. Как следствие, главной задачей лечения ХОБЛ является достижение стойкого бронхолитического эффекта, поэтому все средства и методы должны применяться в сочетании с бронходилататорами.

Существуют три группы бронходилататоров: антихолинергические средства, бета-2-агонисты, метилксантины.

Адекватная бронхолитическая терапия больных ХОБЛ не только вызывает уменьшение одышки и улучшение функциональных показателей легочной вентиляции (ОФВ₁), но и способна замедлить темпы прогрессирования болезни. Идеальное бронхолитическое лекарственное средство должно иметь высокую эффективность, минимальное число и выраженность побочных реакций, сохранять эффективность при длительном применении. Этим требованиям более всего отвечают ингаляционные холинолитики — наилучшие на сегодняшний день бронхолитические средства для постоянного лечения ХОБЛ. Следует заметить, что возможны разные пути введения холинолитиков, но наиболее предпочтителен и безопасен ингаляционный путь с помощью дозированных ингаляторов. Очень важно, чтобы пациент был обучен правильному пользованию ингалятором [3].

При недостаточном эффекте терапии холинолитиками можно использовать пролонгированные бета-2-агонисты (например, сальметерол), которые действуют 12 часов. Дополнительное назначение 1-2 ингаляций утром и вечером обеспечивает стойкий бронхолитический эффект. Однако бета-2-агонисты не влияют на продукцию слизи — фактор, который занимает особое место в патогенезе ХОБЛ. Кроме того, больному ХОБЛ нередко трудно соблюдать технику ингаляций, особенно при многократном применении лекарственного средства, что может приводить к снижению необходимой дозы и т.д.

Наиболее часто используемый холинолитик — ипратропиум бромид — базисный препарат для лече-

ния начальных стадий ХОБЛ. Ипратропиум назначается при тяжелом течении ХОБЛ, однако при этом необходим многократный прием препарата в течение суток. Начиная со второй стадии ХОБЛ, оптимальным представляется использование холинолитика длительного действия. Таким препаратом является тиотропиум бромид — М-холинолитик длительного действия, который благодаря медленной диссоциации с М1- и М3-холинорецепторами гладкомышечных и слизеобразующих клеток дыхательных путей обеспечивает 24-часовой эффект, что позволяет принимать препарат 1 раз в сутки. Кроме того, холиноблокирующий эффект тиотропиума бромида в 10 раз превосходит таковой ипратропиума бромида. Проведенные исследования продемонстрировали минимальную системную абсорбцию препарата, что обеспечивает высокую безопасность и незначительные побочные эффекты тиотропиума при его длительном применении. По данным многоцентровых клинических испытаний, тиотропиум бромид более эффективен в отношении прироста ОФВ₁ по сравнению с ипратропиумом бромидом и сальметеролом. Показано, что тиотропиум бромид может длительно использоваться в качестве монотерапии ХОБЛ, существенно замедляя темпы ее прогрессирования.

Литература:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Updated, 2010. www.goldcopd.com
2. Авдеев С.Н. Комбинированная терапия ипратропиумом и β_2 -агонистами при обострении хронической обструктивной болезни лёгких//Пульмонология. 2008. №5. С.101-106.
3. Елисеев О.М. Новые данные в пользу применения тиотропия для начальной поддерживающей терапии пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких//Пульмонология. 2009. №6. С.123-124.
4. Лещенко И.В. Современные подходы к лекарственной терапии при стабильном течении хронической обструктивной болезни лёгких//Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2009. №3. С.10-14.

УДК 616.24-002.5+615.015.8

ЛЕКАРСТВЕННО - УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Е.А. Ибраев,
И.М. Баильдинова, И.Е. Соловьев, И. Мырзагалиева

КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер», г. Семей

Резюме

Из 90 бактериовыделителей у 57 (63,3%) выявлена устойчивость МБТ к химиопрепаратом. Устойчивость к 1-2 препаратом выявлена у 18 больных, среди них наиболее часто встречалась устойчивость к стрептомицину (13 человек). У 39 пациентов выявлена устойчивость к 3 и более препаратам, среди них наиболее часто встречалась устойчивость к стрептомицину (31 человек). При лечении больных с лекарственной устойчивостью необходимо использовать 4-5 противотуберкулезных препарата с учетом чувствительности МБТ, а также патогенетическое лечение с целью повышения общей сопротивляемости организма.

ТҰжырым

ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ ДӘРІГЕ ТӨЗІМДІ ТҮРІ

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Е.А. Ибраев, И.М. Баильдинова, И.Е. Соловьев, И. Мырзагалиева

Қақырығымен туберкулез қоздырғышын шығаратын 90 науқастың 57 (63,3)-нен химиопрепараттарға төзімділік бар екені анықталды. 18 науқастан 1-2 дәріге төзімділік анықталды, олардың арасында стрептомицинге жиі (13 науқас) кездесті. 39 науқастан 3 және одан да көп дәріге төзімділік анықталды, ал олардың арасында да стрептомицинге төзімділік өте жиі (31 науқас) кездесті. Дәріге төзімділігі бар науқастарды емдегенде ТҚ-ның дәріге сезімталдығын ескере отырып химиопрепараттардың 4-5 қолдану керек және жалпы организмнің ауруға қарсы тұру қабілетін жоғарлататын патогенетикалық ем қолдану керек.

Summary
DRUG RESISTENCE TUBERCULOSIS

K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, N.K. Selihanova, E.A. Ibraev, I.M. Bailidinova, I.E. Solovov, I. Myrzagalieva

From 90 beside 57 (63,3%) is revealed stability MBT to. Resistance to 1-2 preparations is revealed beside 18 sick, amongst them most often met resistance to streptomycin (13 persons). Resistance is revealed Beside 39 patients to 3 and more preparation, amongst them most often met resistance to streptomycin (31 persons). At treatment sick with medicinal stability necessary to use 4-5 of the preparation with provision for sensitivity MBT, as well as treatment for the reason increasing of the general resistivity of the organism.

Ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу сопровождается изменениями характеристики и течения заболевания. Отмечается увеличение числа больных с остро прогрессирующими формами туберкулеза легких и у этих больных эффективность лечения низкая. Низкая эффективность лечения, в частности, связана с наличием множественной лекарственной устойчивости у этих пациентов (1-3).

Цель нашего исследования - установление уровня лекарственной устойчивости МБТ у больных туберкулезом легких, изучение течения и исходов лекарственно-устойчивого туберкулеза в зависимости от различной степени устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам.

Материалы и методы

Материалом являлись истории болезни 90 больных туберкулезом легких, лечившихся в региональном противотуберкулезном диспансере. Для установления диагноза использованы клинические, рентгенологические, лабораторные и, в том числе, данные о лекарственной устойчивости.

Результаты и их обсуждение.

Проведено наблюдение и проанализированы истории болезни 90 взрослых больных с бактериовыделением, находившихся на лечении в РПТД №2.

Из 90 бактериовыделителей у 57 (63,3%) выявлена устойчивость МБТ к химиопрепаратам.

Рост заболеваемости туберкулезом в последние годы наряду со многими причинами тесно связан с такими социально-экономическими факторами, как снижение уровня жизни населения, увеличение доли неполных семей, увеличение числа социально-дезадаптированных молодых людей с вредными привычками (курение, токсикомания, наркомания). Все эти факторы влияют на иммунитет и адаптационные способности организма.

В последние годы все более остро встает вопрос об увеличении числа случаев лекарственно-устойчивого туберкулеза, что затрудняет лечение и требует более внимательного подхода к назначению схемы лечения каждому больному. В нашу задачу входило установление уровня лекарственной устойчивости МБТ у больных туберкулезом, изучение течения и исходов лекарственно-устойчивого туберкулеза в зависимости от различной степени устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам. Проведено наблюдение 90 больными с МБТ формами туберкулеза. Из 90 бактериовыделителей у 57 (63,3%) выявлялась устойчивость МБТ к химиопрепаратам. При этом первичная устойчивость составила 47,7% (43 человека) от всех больных бактериовыделителей. Выявлено, что у больных из семейного контакта в 71,4% случаев наблюдалось полное или частичное совпадение чувствительности и устойчивости МБТ с данными источника заражения.

У больных с лекарственной устойчивостью МБТ в 73,3% наблюдались активные распространенные процессы (инфильтративный туберкулез в фазе распада и обсеменения, казеозная пневмония, фиброзно-кавернозный туберкулез).

Все больные получали интенсивное противотуберкулезное лечение 3-4-5 препаратами, как основными, так и резервными, в зависимости от данных устойчивости. Устойчивость к 1-2 препаратам выявлена у 18 больных. Среди них, наиболее часто, встречалась устойчивость к стрептомицину (13 человек), канамицину (6), изониазиду (5), также к амикацину (3 человек), пиразинамиду (2), рифампицину (1).

У больных с устойчивостью к 1-2 препаратам при подборе адекватной схемы лечения не отмечалось достоверной разницы в сроках абиллирования, исчезновения симптомов интоксикации, рассасывании инфильтративных изменений в легких по сравнению с контрольной группой больных лекарственно-чувствительным туберкулезом.

Устойчивость к 3 препаратам и более определялась у 39 пациентов. У большинства из них наблюдались распространенные двусторонние процессы. Устойчивость МБТ выявлялась как к основным, так и к резервным препаратам. Наиболее часто определялась устойчивость к стрептомицину (31 человек), изониазиду (26), канамицину (22), несколько реже – к пиразинамиду (2), рифампицину (1).

В этой группе больных специфическая терапия проводилась с учетом устойчивости МБТ. У 29 больных в комплексном лечении использовались также резервные препараты (канамицин, протионамид, феназид, амикацин, таривид, циклосерин, микобутин, рифабутин).

Наблюдение за динамикой специфического процесса по данным всех клинико-лабораторных и рентгенологических показателей позволило установить, что у больных полирезистентным туберкулезом преобладало замедленное течение заболевания по сравнению с группой больных лекарственно-устойчивым туберкулезом. У них также определялись в большем проценте случаев (62,9) значительные остаточные изменения.

Таким образом, устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам оказывает влияние на течение и исходы туберкулезного процесса, ее отрицательное влияние более сказывается при развитии полирезистентности (к 3 препаратам и более) МБТ. Для лечения данной группы больных необходимо упорное длительное комплексное лечение с использованием основных и резервных препаратов с учетом чувствительности МБТ, лечение сопутствующих заболеваний, применение патогенетических средств, повышающих общую сопротивляемость организма.

Литература:

1. Игембаева К.С., Игембаева Р.С., Гончарова А.С. и др. Частота и характеристика лекарственной резистентности МБТ у больных туберкулезом легких // Наука и здравоохранение. – Семей, 2004. - №1. – с.60-62.
2. Самойлова А.Г., Марьяндышев А.О. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза – актуальная проблема фтизиатрии // Пробл.туб. болезней легких, 2005. - №7. –с. 3-9
3. Севастьянова Э.В., Пепусова Л.В. Мониторинг лекарственной устойчивости и болезней легких, 2008. - №9. – с. 13-16

УДК 616-08-039.57-089

ЗНАЧЕНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ РАБОТЫ ХИРУРГА**М.М. Гладинец, З.С. Сапкин, Ш.Ш. Нурашев****Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии № 2 с урологией****Тұжырым****ЗАМАНАУИ ЖАҒДАЙЛАРДА АМБУЛАТОРЛЫ-ПОЛИКЛИНИКАЛЫҚ ХИРУРГИЯНЫҢ МАҢЫЗЫ****М.М. Гладинец, З.С. Сапкин, Ш.Ш. Нурашев**

Қорыта келе былай деуге болады, поликлиникадағы жасалатын хирургиялық араласулар көлемінің ұлғаюы – денсаулық сақтау саласының негізгі міндеті болып табылады. Поликлиникада жасалған операциялар нәтижесі стационарда жүргізілгендерден еш ерекшеленбейді. Операциядан кейінгі кезеңде өзін-өзі күту процессі, науқастың аз уақыт ішінде сауығып кетуіне себеп болады.

Summary**THE VALUE OF AMBULATORY SURGERY IN MODERN CONDITIONS OF THE SURGEON****M.M. Gladinets, Z.S. Sapkin, Sh.Sh. Nurashev**

In summary it must be saint that the widening of volume of the surgical operations in policlinic – it is one of the available task of public health. The results of operation pehforining in polyclinic font differ from same operations in hospital. Active postoperative period in progress of self – service promote to mare frequent rehabilitation of patient.

В последние годы в стране в результате процесса перестройки ставится перед органами здравоохранения ряд конкретных задач, это внедрение в практику прогрессивных и экономически выгодных методов лечения, в том числе расширение объема хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях. Более 80% больных обращающихся за хирургической помощью, лечатся в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Несмотря на некоторые достижения, уровень развития амбулаторной хирургии ещё существенно отстает от уровня современной стационарной хирургии. Немаловажную роль в этом играют старые, шаблонные представления о возможности и объеме оперативной помощи оказываемой в поликлинике. Несмотря на увеличение коечного фонда, постоянно существует разрыв между числом больных нуждающихся в госпитализации и возможностью её осуществления. Отчасти это объясняется тем, что в стационаре часто лечатся больные, которым медицинская помощь может быть оказана в условиях поликлинической службы. В последнее время строятся и начинают функционировать современные поликлинические объединения, включающие хирургические отделения, которые оснащены операционными блоками, а также палатами для наблюдения за больными после операции. При достаточном материально-техническом оснащении и высокой квалификации хирургов существует реальная возможность производить в условиях поликлиники операции. Большинство больных по поводу различных заболеваний первоначально обращаются в поликлинику, где начинается первый этап их лечения. Известно много болезней, которые можно лечить и вылечить амбулаторно в СВА. В то же время правильный выбор лечебной тактики зависит от квалификации кадров, которые работают в поликлинике. В то же время, в учебной программе для студентов не отводятся учебные часы в освоении амбулаторной хирургии. А тем более хирургу в поликлинике приходится: оказывать неотложную помощь при острых хирургических заболеваниях до восстановления утраченной трудоспособности, реже проводить лечение пациентов в домашних условиях. Начиная работать хирургом в поликлинике, молодой специалист часто теряет, не может разобраться в заболевании и это сказывается на качестве лечебного процесса. Почему? Хирург в поликлинике работает часто один и не имеет возможность

получить консультацию у своего коллеги, как это бывает в стационаре. Это требует от хирурга СВА, поликлиники иметь большой запас умений по хирургическим болезням. Отсюда, во многом ограничивается время для постановки диагноза и выбора правильного метода лечения.

Нами проводились малоинвазивные операции по поводу неосложнённой малой пупочной грыжи – 58 с наложением кисетного шва, удаление варикозных кровотокающих узлов на нижних конечностях - 7, удаление эпителиальных копчиковых ходов и кист - 10, водянки яичка - 2, проведение склеротерапии при лечении варикозных узлов на голени, устранение фимоза, парафимоза, электрокоагуляция полипов прямой кишки, иссечение трещины прямой кишки - 7, выпавшего геморроидального узла - 28, наружного геморроя - 35, большое количество малых доброкачественных опухолей наружных покровов тела человека.

На современном этапе медицины следует, чтобы хирург, работающий в поликлинике располагал достаточным объёмом знаний, умений и владел необходимыми практическими навыками по OSCE. Эти задачи, стоящие перед поликлиническими учреждениями, сводится в оказании населению квалифицированной медицинской помощи и проведению оздоровительных профилактических реабилитационных мероприятий. Эти задачи отводятся хирургической службе. Мощность поликлиники определяется числом посещений в день и делится на 5 групп:

- *1600 посещений в день - 1 группа
- *1200-2 группа;
- *800-3 группа;
- *600-4 группа;
- *400-5 группа.

Исходя из мощности поликлиники, определяется организация кадровой системы хирургической службы. Правильная организация работы поликлинического хирургического отделения позволяет улучшить приём пациентов и значительно повысить качество диагностической и лечебной работы. Нормативные нагрузки хирурга поликлинике на один час работы составляет 9 пациентов, уролога, онколога по 5, травматолога и ортопеда 7. Среди этой категории первичные больные составляют до 50% от всех посещений хирурга поликлинического звена.

Наша позиция - контактная анестезия технически является наиболее простым видом местного обезболивания - новокаин 0,25%, дикаин 0,5-1,0%, лидокаин 1,0%, инфильтрационная анестезия используется 0,25-0,5% раствор новокаина или 1% раствор дикаина. Проводниковая - регионарная анестезия 20 - 30 минут обезболивающий эффект наступает через 2 - 3 минуты.

Методика местной анестезии по Оберсту - Лукашевичу, является проводниковой и применяется при лечении панарициев пальцев кисти с обезболиванием 2% раствором новокаина с двух точек пальца, как с медиальной, так и латеральной сторон. Операции выполняемые в условиях амбулаторно-поликлинического звена - это неотложные операции и манипуляции, временная и окончательная остановка кровотечения кроме проникающих ран; операции при парафимозе - рассечение ущемление кольца, а так же вправление головки полового члена; вскрытие поверхностно -расположенных абсцессов подкожной клетчатки при абсцедирующем фурункуле, карбункуле, гидроадените, гнойников связанных с панарициями, исключая флегмон и абсцессов шейной области. Развитие у пациентов признаков тяжелой общей гнойной интоксикации и сахарного диабета. Для выполнения операции на пальцах необходимо пользоваться способом проводниковой анестезии по Оберсту-Лукашевичу инфильтрация тканей пальца 2 % раствором новокаина осуществляется с двух точек у основания пальца с медиальной и латеральной сторон. Для получения обезболивающего эффекта достаточно ввести 5 мл раствора новокаина. Операцию можно начинать если пациент перестал испытывать боль при нанесении уколов в ткани кончика пальца. Если заинтересована ногтевая фаланга пальца то раствор новокаина следует вводить в область средней фаланги пальца. При выполнении операции экзартикуляции пальцев инъекцию раствора новокаина, для снятия болевого синдрома инфильтрируют все слои на передней и задней поверхности кисти или стопы из отдельных точек во встречном направлении.

При хирургическом вмешательстве на голове по поводу нанесения случайных ран используется местная анестезия 0,5 % раствора новокаина на всю глубину ткани по ее окружности, где обрабатывается антисептиками раневой процесс, иссечение разможенных тканей и наложение герметичных швов.

Приступая к ПХО раны следует помнить, что она должна выполняться в условиях строгой асептики. Если рана расположена на лице в области кисти или пальца, широко иссекать кожу по краям раны не следует, на поскольку это может привести к ее деформации и вызвать образование косметического дефекта или нарушению функции кисти и пальцев. ПХО раны не показана в следующих случаях: сквозных пулевых ранениях с ровными входными и выходными отверстиями; небольших по размеру колотых ранах; множественных слепых ранениях; когда в тканях находится большое количество мелких металлических осколков.

Плановые операции: удаление доброкачественный опухолей мягких тканей - атером, липом, фибром, гигром, с обязательным гистологическим исследованием удаленных препаратов; иссечение слизистых сумок при локтевых и препателлярных бурситах; удаление вросшего ногтя; удаление поверхностно расположенных организовавшихся гематом; наложение ранних вторичных швов на гранулирующие раны; удаление поверхностных пальпируемых инородных тел. Склеротерапия при варикозной болезни: Германия - полидокалин-гидроксиполиэтоксидокан. Россия - этоксисклерол 0,5% - 1,0% - 2-3%, зарегистрирован РФ, США -

SOTRADECOL, Канада - Tromboject, Франция - Trombovar, Великобритания - Fibro-Vein (0,2; 0,5; 1,0; 2,0%).

В поликлинике хирурги БСМП за последние 3 года выполнили по поводу различных форм панариция, кроме осложненного костным остеомиелитом выполнено - 1112. Вскрытие гнойников - 1268. Первичная хирургическая обработка ран - 1790. За последние 5 лет работы врачей в поликлинических звеньях по отчетности выполнили более 5,5 тысяч оперативных пособий больным обращающихся к врачам семейно-врачебных амбулаторий с хорошими показателями. В странах дальнего зарубежья с 2001года амбулаторно-поликлиническая служба осуществляет работу в крупных поликлинических объединениях. Факторами, определяющими возможность выполнения операции в поликлинике, являются: согласие больного, возраст пациентов не старше 60 лет, отсутствие сопутствующей патологии, удовлетворительные жилищные и бытовые условия, включающие возможность ухода за больным, наличие телефона, доставка на лифте. Всем больным проводят полное клиническое обследование, затем назначают срок операции. Вмешательства выполняют по общепринятым методикам, с соблюдением правил работы в операционном блоке и в дневное время. После операции больного на каталке транспортируют в палату, где за ним осуществляется наблюдение в течение 2-3 часов. Палата оснащена соответствующей аппаратурой и медикаментами в целях проведения лечения и при необходимости выполнения реанимационных мероприятий. Затем больного транспортируют домой машиной скорой помощи. В течение того же дня, контроль за состоянием больного осуществляют по телефону или при необходимости посещения медицинской сестры или врача семейной врачебной амбулатории. В последующие 3-4 дня врач и медсестра посещает больного на дому, при надобности производят перевязку. В дальнейшем больной в обычном порядке посещает поликлинику.

В последние годы улучшаются возможности послеоперационного ведения больных в связи с организацией в поликлинике дневного стационара, где больной может находиться под наблюдением врача и квалифицированных медицинских сестер. Средняя длительность временной нетрудоспособности после амбулаторных операций имеет тенденцию к снижению койко-дней. Считаем реальной возможностью сократить сроки пребывания на больничном листе - 15-20%. Частота послеоперационных осложнений в виде частичного расхождения операционной раны, серомы, гематомы без нагноения составила - 0,27%. После подобных операций выполненных в стационаре отмечалось - 1,23%, что подтверждается вспышкой внутрибольничной инфекции.

Нагноения операционной раны в поликлиническом объединении наблюдалось весьма редко. Возможно, это обусловлено тем, что больной не подвергался воздействию госпитальной инфекции, неукоснительно соблюдались правила асептики и антисептики.

Если в стационаре применялись наркотические средства при проведении перед операцией даже под местной анестезией, внутривенном обезболивании выполнялись обязательно в первые дни после операции, то в поликлинике эти лекарственные препараты назначали для премедикации не всем даже пациентам, а после операции их практически не вводили. Объективно и субъективно нами не отмечено ухудшение состояния больных. В послеоперационном периоде пациентам анестезия проводилась в комбинации с ненарко-

тическим лекарственными средствами, редко с применением седативных и нейролептических препаратов.

Важное значение для благоприятного исхода проведенных оперативных вмешательств имело пребывание пациентов в привычных домашних условиях после операции, ранняя активизация способствовало восстановлению функции оперированного органа при таком обслуживании. Проведение реабилитационных мероприятий в полном объеме осуществлялись в реабилитационном отделении, которые имеются во всех поликлинических объединениях, где осуществлялись физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебная гимнастика, частично проводились некоторые процедуры на дому.

В заключении следует отметить, что расширение объема хирургических вмешательств в поликлинике, является одним из перспективных задач современной службы здравоохранения. Результаты операций, которые выполнялись в поликлинике ничем не отличаются

от аналогичных в стационарных условиях. Ведение ранней реабилитации в послеоперационном периоде в процессе самообслуживания на дому способствует повышению качества жизни пациентов.

Литература:

1. Рывкин В.Л., Амбулаторная колопроктология, М., 2009 г.
2. Черноусов А.А., Хирургические болезни, М., 2010 г.
3. Евсеев М.А., Уход за больными в хирургической клинике, М., 2010 г.
4. Вёрткин А.Л., Скорая медицинская помощь, М., 2007 г.
5. Ветшев С.П., Атлас амбулаторная хирургии, М., 2009 г.
6. Савельев В.С. с соавт.; Национальное руководство по хирургии, Том 1-2. – 2008 г. Том 3. – 2010 г.

УДК 616.22-089.819.3-616.24-008.41

СПОСОБ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КАШЛЯ ПОСЛЕ ЭКСТУБАЦИИ

Т.Б. Тулеутаев, Е. Омирханов, М.К. Джакиянов, Д.С. Токенов

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

ЭКСТУБАЦИЯДАН КЕЙІН ЖӨТЕЛДІҢ АЛДЫН АЛУ ӘДІСІ

Т.Б. Төлеутаев, Е. Омирханов, М.К. Джакиянов, Д.С. Төкенов

Наркоздың соңында қолданылған препараттардың әсері төмендеп науқас ояна бастайды. Осы кезде кеңірдек – бронх рефлекстері қалпына келіп /жұтыну, жөтелу/, жөтел пайда болуы, жөтелгенде науқастың жүйелі қан қысымын, көз ішіндегі және бас-ми қысымдары жоғарылап, тахикардияға соқтырады.

Бұл асқынулардың алдын алу үшін, біз интубациялық түтіктің манжеткасына ауаның орнына, лидокаинмен толтырдық. Интубациялық түтіктің манжеткасы липофильді болғандықтан, лидокаин кеңірдектің шырашты қабатына өтіп, жөтелуді басады.

Summary

WAY OF THE PREVENTION OF TUSSIS AFTER EXTUBATION

T.B. Tuleutayev, E. Omirkhanov, M.K. Jakianov, D.S. Tokenov

One of the main tasks of the anaesthesiologist is the softening undesirable hemodynamic and nervous - the muscular reactions of the patient caused by an intubation of a trachea.

The probability of occurrence of tussis at extubation fluctuates from 6,6 to 96%. Weakening of reflex communication of system of a circulation and respiratory tracts plays an important role at patients with warm - a vascular and reactive pathology of respiratory tracts, at neuro-surgical patients and at patients with damage of a brain.

In our observations of 18 cases of extubation served as control at which манжетку ЭТТ, as usual, filled with air, and 18 cases have made the basic group at which cuff ETT filled with peer volumes on 5 ml of a solution of lidocaine of 2% and 0,9% of a normal saline solution. Duration of an operative measure in both cases has made more than 1 hour of 30 minutes.

Thus, despite a small amount of observations, it is possible to assert that Introduction lidocaine is the safe and effective method warning tussis after extubation.

Одной из главных задач анестезиолога является смягчение нежелательных гемодинамических и нервно – мышечных реакций пациента, вызванных интубацией трахеи. Обычно, препараты, используемые для вводной анестезии и мышечные релаксанты сглаживают процесс интубации трахеи. Во время операции достаточная глубина анестезии в сочетании ингаляционных анестетиков с опиоидами облегчает реакцию больных на эндотрахеальную трубку.

Однако во время экстубации уменьшение глубины анестезии и восстановление глоточно-трахеальных рефлексов вызывают кашель, тахикардию и повышение внутричерепного, внутриглазного и системного ар-

териального давления за счет рефлекторной связи дыхательных путей и системы кровообращения.

Вероятность возникновения кашля при экстубации колеблется от 6,6 до 96% (1). Ослабление рефлекторной связи системы кровообращения и дыхательных путей играет важную роль у больных с сердечно – сосудистой и реактивной патологией дыхательных путей, у нейро–хирургических пациентов и у больных с повреждением головного мозга (2).

Для предупреждения кашля, связанного с экстубацией можно воспользоваться известными методами: первых, отказ от применения интубации трахеи во время общей анестезии, используя масочную анестезию; во-вторых, проведение экстубации на фоне глубокой

анестезии; в-третьих, введение местных анестетиков путем их инстилляций в трахею (4).

Использование неионизированного лидокаина связано с тем, что препарат хорошо диффундирует по градиенту концентрации через липофильный пластик, из которого сделана манжетка эндотрахеальной трубки (ЭТТ) и этого достаточно, чтобы вызвать анестезию слизистой оболочки трахеи (3, 4). При заполнении манжетки равными объемами 0,9% раствора натрия хлорида и лидокаина частота возникновения кашля после экстубации составляет 60 и 38% соответственно. При наполнении манжетки 0,9% раствором натрия хлорида кашель возникал с той же частотой, что и при наполнении ее воздухом.

В наших наблюдениях 18 случаев экстубации служили контролем, при котором манжетку ЭТТ, как обычно, наполняли воздухом, и 18 случаев составили основную группу, при котором манжетку ЭТТ наполняли равными объемами по 5 мл 2% раствора лидокаина и 0,9% физиологического раствора. Длительность оперативного вмешательства в обоих случаях составила более 1 часа 30 минут. После прибытия больного в отделение интенсивной терапии продолжалась искусственная вентиляция легких с контролем всех известных параметров гемодинамики (ЧСС, АД, SO_2).

Экстубация проводилась на фоне эффективного спонтанного дыхания, при которой контролировали вышеуказанные параметры, степень восстановления со-

знания и нервно – мышечного тонуса. При этом особое внимание уделяли на появление или подавление кашля после экстубации.

Результатом наших наблюдений было то, что в контрольной группе практически во всех случаях после экстубации наблюдалась тахикардия, гипертензия и кашель. Тогда как в основной группе после экстубации пациенты чувствовали себя более комфортно, и кашлевой рефлекс у них был подавлен.

Таким образом, несмотря на небольшое количество наблюдений, можно утверждать, что инстиляция лидокаина является безопасным и эффективным методом, предупреждающим кашель после экстубации.

Литература:

1. Altinas F./ Bozkurt P./ Kaya G. et.all. "Lidocaine 10% in the indotracheal tube cuff; blood concentrations, haemodynamic and clinical effects". //Eur. J. Anesthesiology. – 2000. – Vol. 17., №7. – p. 436–442.
2. Burton A.W., Zornow M.H. "Laryngotracheal lidocaine administration". // Anesthesiology – 1997. - Vol. 87., №1. – p. 185-186.
3. Кэтрин Маркуччи с соавт. «Анестезиология. Как избежать ошибок», М., 2011. - стр. 90-97.
4. Estebe J.P., Dollo G., Le Corre P. et.all. "Alkalinization of intracuff lidocaine improves endotracheal tube – induced emergence phenomena", //Anesth. Analg. – 2002. - Vol. 94. - №1. – p. 227-230.

УДК 616.34-007.272+616.346.-002.1-089-053.2

ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

М. Санбаев

*Государственный медицинский университет города Семей
Кафедра детской хирургии*

Резюме

ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

М. Санбаев

Представлены результаты анализа релапаротомии по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости после аппендэктомии у 50 больных.

Предложенный комплекс лечебных мероприятий, включающий оперативное лечение и интубацию кишечника в сочетании с дроперидолом позволяет улучшить результаты лечения ранней спаечной кишечной непроходимости у детей.

Summary

TREATMENT OF EARLY ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION AFTER APPENDECTOMY AT CHILDREN

M. Sanbayev

Represented following results of relaparotomy analysis over the early adhesive intestinal obstruction after appendectomy operation at 50 patients.

Proposed complex of treating-measures, including operative treatment and intubation of intestine with combination of Droperidolum permits to improve results of treatment of Early adhesive intestinal obstruction at children.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость после аппендэктомии является одним из самых актуальных и трудно разрешимых проблем urgentных заболеваний брюшной полости у детей [1,2].

Несмотря на усовершенствования методов лечения, данная патология возникает в различные сроки после аппендэктомии от 0,15 до 4,2% случаев и является причиной релапаротомии до 60%. Также до настоящего

времени сохраняется высокая летальность – до 5-7% [3]. Поэтому выбор рациональной лечебной тактики при ранней спаечной кишечной непроходимости у детей до настоящего времени остается актуальной проблемой.

Цель работы: Улучшить результаты лечения ранней спаечной кишечной непроходимости у детей путем разработки современных способов лечения.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ 50 релапаротомии по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости, осложненных после аппендэктомии, произведенных в клинике в клинике ГМУ г. Семей за 1980-2010 годы. Всего за указанный срок произведено 8963 аппендэктомии. Из них мальчиков было - 4221, девочек - 4742.

Из клинко-морфологических форм чаще встречался флегмонозный аппендицит в 51,6%, гангренозно-перфоративный - 40,9%, катаральный - 7,7%.

Результаты и обсуждения. Как осложнение после аппендэктомии ранняя спаечная кишечная непроходимость возникла у 50 детей. Среди наблюдаемых нами пациентов мальчиков было 29 (58%), девочек 21 (42%). Распределение больных по возрастным группам: от 1 года до 3 лет – 7 (14%), 4-7 лет – 19 (38%), старше 7 лет -24 (48%). Тщательно анализируя характер изменений, найденных во время первой операции, и сопоставляя эти сведения, с теми находками в брюшной полости, которые имелись в момент релапаротомии, мы пришли к выводу, что одной из основных причин составляющих комплекс осложнений, является инфекция и неустраненная дооперационная спаечная спаечная кишечная непроходимость.

Высокий удельный вес инфекционного фактора в развитии внутрибрюшных спаек и спаечной кишечной непроходимости после аппендэктомии, по нашему мнению, обусловлен поздним обращением и вследствие – поздней госпитализацией и оперативным лечением. Это доказывает данные, что после аппендэктомии произведенных в первые 12 часов от начала заболевания только у 2 пациентов обнаружены явления спаечно-кишечной непроходимости, что

составило 0,12%, до 24 часов у 11 больных (0,18%) от общего числа оперированных в эти сроки, все остальные 37 пациентов (1,7%) оперированных позднее 24 часов.

У 5 больных ранняя спаечно-кишечная непроходимость возникла после простого (катарального) аппендицита в 0,12% случаев от общего числа оперированных с данной формой аппендицита, у 13 (0,26%) – после деструктивного аппендицита. На долю деструктивного аппендицита с перфорацией и перитонитом приходится 32, что составило 4,6% от общего числа оперированных данной формой.

Также развитию ранней спаечной кишечной непроходимости в большем количестве 31(62%) предшествовал послеоперационный парез кишечника.

Диагностика ранней спаечной кишечной непроходимости крайне сложна из-за большого разнообразия проявлений послеоперационного периода. В клинической картине схваткообразная боль отмечена у 47 (94%), рвота у 40 (80%), задержка стула и газа у 38 (76%), метеоризм и асимметричный живот у 42 (84%), кишечная перистальтика видимая на глаз у 26 (52%), симптом Щеткина-Блюмберга у 9 (18%), рентгенологически чаши Клойбера у 29 (58%).

Анализ нашего клинического материала так и литературные данные свидетельствуют, что при подозрении на раннюю кишечную непроходимость лечение следует начинать с консервативных мероприятий.

Отсутствие улучшения в клинике и признаков восстановления кишечного пассажа служило поводом для релапаротомии (табл.№1).

Таблица №1. - Общая характеристика оперативных вмешательств при различных формах ранней спаечной кишечной непроходимости по данным стационара.

Формы непроходимости	Характер вмешательства						Всего
	Разъединение, рассечение спаек		Энтеростома	Разъединение спаек, вскрытие абсцесса энтеростома	Разъединение спаек и резекция кишки		
	без интубации	с интубацией			без интубации	с интубацией	
Спаечно-паретическая форма	4	8			1	2	15
Простая форма	8	12			1	1	22
Непроходимость обусловленная абсцессом брюшной полости	3	4		1			8
Ранняя отсроченная форма	1	1				3	5
Всего	16	25	-	1	2	6	50

Важнейшим этапом оперативной тактики после выполнения операции релапаротомии при ранней спаечной кишечной непроходимости является декомпрессия его путем интубации или так называемое «шинирование».

Интубация кишечника осуществлялась разными путями: через гастростому (1), аппендикостому (14),

цекостому (9), ретроградно, т.е. через прямую и толстую кишку (7).

Из послеоперационных осложнений при традиционном способе наблюдались спаечная кишечная непроходимость у 5 (26,3%), динамическая непроходимость – у 4 (21%), кишечные свищи – у 1 (5,2%). Когда при интубации кишечника в сочетании с дроперидолом кишечные свищи не наблюдались.

Таблица №2. - Эффективность интубации кишечника

Методы борьбы с р.с.к.н.	Всего	Осложнения и рецидивы		
		Р.С.К.Н.	Динамическая непроходимость	Кишечные свищи
Традиционные меры	19 (38%)	5 (26,3%)	4 (21,5%)	1 (5,2%)
Интубация кишечника+дроверидол	31 (62%)	2 (6,4%)	2 (6,4%)	-

Для предупреждения ранних послеоперационных осложнений кроме декомпрессии имеет значение своевременное разрешение пареза желудочно-кишечного тракта.

В связи с этим нами в послеоперационном периоде в целях снятия вазоконстрикторных эффектов симпатической нервной системы применен дроперидол из расчета 0,25% раствора по 0,04 мл/кг массы тела вводили внутривенно 3 раза в сутки на фоне инфузионной терапии. Дроперидол предупреждает нарушения кровообращения в паретических расширенных петлях кишечника и улучшает микроциркуляцию [4]. Способ применен у 20 больных после релапаротомии по поводу ранней спаечной

кишечной непроходимости в сочетании с интубацией желудочно-кишечного тракта. Результаты лечения данным способом сравнивали с общепринятым методом борьбы с парезом кишечника. При сопоставлении клинических данных, лечившихся обычным путем, и больных, которым применен дроперидол в сочетании с интубацией желудочно-кишечного тракта выявлено преимущество последнего (табл. №3).

Как видно из таблицы интубация желудочно-кишечного тракта в сочетании с дроперидолом способствует более раннему восстановлению моторики кишечника.

Таблица №3. - Сравнительная оценка способов лечения послеоперационного пареза кишечника.

Методы лечения	Количество больных	Разрешение			
		2 сут.	3 сут.	4 сут.	5 сут.
Традиционные методы с интубацией	30	4	7	11	8
Интубация + дроперидол	20	14	5	1	-

По нашим данным раннее разрешение пареза кишечника предусматривает как профилактическое мероприятие спайкообразования, так при традиционном методе борьбы с парезом кишечника спаечная кишечная непроходимость отмечена у 5, напротив при интубации желудочно-кишечного тракта в сочетании с дроперидолом у двух больных.

Выводы:

1. В генезе развития ранней спаечной кишечной непроходимости основная роль принадлежит инфекции, неустраненной дооперационной спаечной кишечной непроходимости и послеоперационному парезу кишечника.

2. Разработанный способ профилактики послеоперационного пареза кишечника, включающего интубацию кишечника в сочетании дроперидола является эффективным способом профилактики ранней спаечной кишечной непроходимости и позволяет снизить риск ее возникновения с 26,3% до 6,4%.

Литература:

1. Алибаев А.К., Мамлеев И.А., Гумеров А.А., Изосимов А.Н. Ранняя спаечно-паретическая кишечная непроходимость у детей, диагностика и лечение // Пермский медицинский журнал.-Том 25.-№3-2008.-С.28-33.
2. Ерекешов А.Е., Разумов А.А., Разумов С.А., Мамлин О.А., Ольховик Ю.М. Диагностика и лечение ранней спаечной кишечной непроходимости при аппендикулярном перитоните у детей // Астана медициналық журналы.-2005.№1.-С.80-82.
3. Исакова Ю.Ф., Дронова А.Ф. Острая спаечная кишечная непроходимость В кн.: Детская хирургия: Национальное руководство // под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М.:ГЭОТР - Медиа, - 2009. - С.379-380.
4. Новые возможности лечения пареза кишечника у детей с перитонитом //В кн.: Новые направления в диагностике и лечении хирургической инфекции у детей.-Москва.-1988.-С.126.

УДК 616.345-002-053.2

ОМЫРАУ ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА ПАРАПРОКТИТТИ ЕМДЕУ

М. Санбаев

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,
балалар хирургиясы кафедрасы**

Резюме

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАПРОКТИТА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

М.С. Санбаев

На основании изучения результатов лечения 167 новорожденных и грудных детей с парапроктитом, установлено, что хирургическое лечение парапроктита целесообразно осуществлять одновременно с коррекцией дисбиотических расстройств.

Summary

TREATMENT OF PARAPROCTITIS AT CHILDREN

M.S. Sanbayev

On the base on results of 167 newborns and babies with paraproctitis was determined, that surgical treatment of paraproctitis is advisable to realize simultaneously with correction of disbiotic disorders.

Балалардағы парапроктитке көптеген жұмыстар арналса да, кейбір сұрақтар әлі де өз шешімін таппаған. Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің жиілігі өте жоғары 22-60%-ды құрай отырып, 50% жағдайда аурудың қайталануы байқалады [1]. Сонымен қатар парапроктиттің дамуы туралы білім жеткіліксіз болғандықтан жасалған емнің нәтижесіздігі байқалады. Сондықтан парапроктиттің патогенез ерекшеліктерін және емдеуді зерттеу маңызды мәселе болып есептеледі.

Зерттеу мақсаты. Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің патогенез ерекшеліктерін және емдеуін зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Семей қ. ММУ балалар хирургиясы клиникасында парапроктитпен емдеуде жатқан 167 науқастың емдеу нәтижелері сарапталды.

Емдеу нәтижелері қарау және анкета толтыру арқылы 6 айдан 2 жылға дейін жүргізілген. Қабыну аймағындағы және шеттегі микрофлораны бактериологиялық зерттеу, іріңді және нәжісті әртүрлі орталарға себу арқылы аэробты және анаэробты бактерияларды санау жүргізілді.

Нәтижелер мен талқылау. Парапроктиттің бір жасқа дейінгі 167 науқастың арасында таралу жиілігі зерттелінді.

Аурудың байқалуы 10 тәулікке дейінгі омырау жасындағы балаларда (10%), туғаннан кейін 12 тәуліктен 30 тәулікке дейін (39%), 1 айдан 2 айға дейін (26%), 3 айдан 6 айға дейін (22%), 6 айдан 1 жасқа дейін (3%). Ұл балалар - 35%, қыз балалар 65% құрады. Аурудың жедел ағымы 90,7% нәрестеде, рецидивті түрі 7% және созылмалы 2,3% балаларда кездеседі.

Аурудың дамуына көп жағдайларды транзиторлы ішек бұзылыстары (диарея - 46%, іш қату - 2%) және 42% жағдайда жедел респираторлық вирустық инфекция себеп болған.

Омырау жасындағы балаларда жедел парапроктит дене температурасының көтерілуінен, мазасыздану және тәбетінің төмендеуінен басталған. Балалардың мазасыздануы нәжіске отырған кезде, шат аралығын тазалап жуу кезінде күшейе түскені анықталған. Көпшілік ауруларда іш өтуі, ал аурулардың 1/3 бөлігінде іш қату байқалған. Аурудың басталуынан 2-3 тәулік өткеннен кейін артқы тесіктің айналасында инфильтрат анықталды. Көп жағдайларда анальды тесікке жақын орналасқан тері қатпарлары инфильтрат аймағын саусақпен басып қарағанда ауырсыну анықталады.

Ауруханаға көш түскендіктен іріңдіктің тік ішек ішіне жарылуы 0,7% жағдайда байқалды. Парапроктиттің созылмалы түрі жедел қабыну үрдісінен кейін ұзақ уақыт жарадан серозды бөліністің ағыуымен сипатталатын жыланкөз пайда болған. Парапроктиттің рецидивті түрі 7% науқастарда байқала отырып, 6,3% 3 рет, 2,4% 4 рет қайталанып, 1% науқастарда тік ішекке жарылуы болды.

Парапроктит диагнозы аурудың клиникалық көріністері және тік ішекті саусақпен тексеру нәтижесінде қойылды. Соңғысы парапроктиттің жоғары орналасқан түрін уақытында анықтауға мүмкіндік туғызады. Тексеру кезінде 87,1% жағдайда

тек анальды тесік аймағында инфильтрат анықталған, флюктуация белгілері болмаған, тек ауырсыну симптомы анықталғандықтан, инфильтратқа пункция жасау арқылы диагноз қойылған.

Жедел парапроктиттің негізгі емі – хирургиялық жолмен іріңдікті ашу және дренаждау болып табылады. Ол кезде 0,5-2,5 мл мөлшерінде сұйықсұр-ақ түсті ірің бөлінуі байқалды.

Іріңнен грамм оң кокктар: 63%, грамм теріс оң кокктар 31% и 6% жағдайда іріңдік стерильді болды. Ішек микрофлорасын зерттеу кезінде негізінен дисбиотикалық өзгерістер анықталды. Дисбактериоз диагнозын клиникалық мәліметтермен және микробиологиялық тексеру арқылы дәлелденіп отырды. Дисбактериоздық белгілері 76,3% омырау жасындағы балаларда анықталды. Омырау жасындағы балаларды жалпы жағдайының нашарлауы, тәбетінің төмендеуі, ішектік синдром байқалады. Микробиологиялық дәлелдемелерде эшерихиялардың жоғарылауы, қасиеттері өзгерген штаммалар, кокктар санының көбеюі, шарты патогенезі грамм теріс таяқшалардың анықталуы байқалды.

Иммунологиялық зерттеулер жүргізгенде Т және В лимфоциттердің функциональды белсенділігінің төмендеуі анықталды.

Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің патогенезін ескере отырып жедел іріңдікті ашумен қатар антибиотиктер тағайындау және ішек дисбиозын түзету қажет. Кейінгі емді биоактивті қосындылар мен қорғаушы факторлармен толықтырылған езбелерді қолданады. Ішек микрофлорасын қалпына келтіру үшін бифидумбактерин, лактоглобин препараттарымен 7-20 күн аралығында жүргізіледі.

Жінішке ішек функциональды жағдайын жақсарту үшін мезим форте, фестал, энзистал қолданылды. Сонымен қоса құрамында зат алмасудың стерильді концентраты бар хилак-форте қолданылды. Міндетті түрде дәрумендермен оның ішінде В тобы тағайындалды.

Баланың иммундық жүйесінің даму заңдылығын ескере отырып, иммуностропты препараттар өте сирек қолданылды.

Емдеудің клиникалық әсерін (10 күннен кейін, ал микробиологиялық әсері 1 айдан кейін анықталды).

Омырау жасындағы балаларда парапроктитті хирургиялық емдеу тәсілдерінен кейін комплексті консервативті ем шараларымен бір мезгілде дисбиотикалық бұзылыстарды түзету нәтижесінде жараның жазылуы 14,5+1,6 тәуліктен 9,6+0,5 тәулікке дейін қысқарды.

Әдебиеттер:

1. Исакова Ю.Ф., Дронова А.Ф. Парапроктиты // В кн.: Детская хирургия: Национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.-М.: ГЭОТР - Медиа, 2009. - С.522 - 527.

УДК 616.831-005-616-073.756.8

**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ОДНОМОМЕНТНОЙ
ОЦЕНКОЙ ИНТРА- И ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА
ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**¹С.В. Автушко, ¹Г.З. Кушенева, ²А.К. Ахметбаева*КГП на ПХВ «Консультативно-диагностический центр г. Семей»¹,
Государственный медицинский университет города Семей²***Актуальность**

По данным Всемирной организации здравоохранения цереброваскулярные заболевания во всем мире среди причин смерти занимают третье место. Как острые, так и преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) возникают, как правило, на фоне уже сформировавшейся хронической недостаточности мозгового кровообращения. Анатомофизиологической предпосылкой нарушения кровоснабжения головного мозга в 12% всех случаев могут быть деформации (патологическая извитость, перегибы), варианты развития виллизиева круга мозга, аномалии экстракраниальных артерий (гипоплазия, аномалии отхождения, расположения, вхождения артерий и др.). В ряде случаев патологическая деформация позвоночных и сонных артерий сочетается с атеросклеротическим поражением последних. Причины обструкции сонных и позвоночных артерий могут быть связаны также с поражением органов в области головы и шеи, периартериальными новообразованиями, травмой и поражением сосудистой стенки. Таким образом, в основе дисциркуляторных нарушений лежат разные причины и механизмы сосудистой недостаточности, которые нередко сочетаются между собой и связаны патогенетически. Поэтому для выбора тактики лечения, прогноза заболевания и профилактики острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) важно выделить роль каждого из них в том или ином конкретном случае. Для оценки нарушений экстра- и интракраниальных отделов церебрального сосудистого русла все более широко применяется магнитно – резонансная ангиография (МРА).

Цель исследования

Одномоментная сравнительная оценка состояния экстра- и интракраниальных артерий и вен методом МРА при проведении магнитно – резонансной томографии (МРТ) головного мозга у пациентов с клиническим диагнозом атеросклероза, ОНМК, дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП), а также оценка корреляции патологической извитости экстра-, интракраниальных артерий и атеросклеротических окклюзий.

Материал и методы

Проведена МРТ головного мозга 84 пациентам (40 мужчин и 44 женщины в возрасте от 43 до 88 лет (средний возраст 65,5 лет). 29 пациентов направлены с клиническим диагнозом ОНМК, 38 – с диагнозом ДЭП и ПНМК, 17 пациентов с прочей патологией головного мозга. МРТ и МРА проводились на томографе Magnetom Avanto (Siemens) с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл с одновременным использованием головной катушки и катушки для исследования шеи. В качестве контрастного средства использовался раствор полумолярного парамагнетика Магневист в объеме 0,2 мл на 1 кг массы тела, с болюсным внутривенным введением в локтевую вену со скоростью 3 мл в сек с последующим введением с той же скоростью 40 мл

физиологического раствора. Ангиография проводилась в режиме Care-bolus, т.е. в режиме реального времени.

При начале визуализации контрастного средства в дуге аорты и общих сонных артериях включался режим ангиографии с получением серии срезов толщиной 1,4 мм. Далее через 16 секунд следующей серией томограмм оценивалось состояние интракраниального и экстракраниального венозного русла. В автоматическом режиме проводилась постпроцессорная обработка изображений MIP (проекция максимальной интенсивности).

Обязательным условием оценки полученных результатов являлась трехмерная реконструкция сосудистого русла, позволяющая составить представление о пространственных 3D взаимоотношениях сосудов, а также исключить суперпозицию сосудов с выведением в оптимальный ракурс интересующих сегментов, возможностью изучения контура стенки, просвета и линейное измерение диаметра сосуда.

Кроме получения качественного изображения экстракраниального артериального русла, по показаниям проводилось исследование сосудов артериального круга большого мозга с оценкой состояния внутримозговых сосудов с помощью метода 3D multi – stab. Контрастные средства обладая повышенными парамагнитными свойствами существенно повышают качество визуализации кровотока. Исследование проводилось в положении на спине, протокол исследования включал обязательное проведение традиционной МРТ головного мозга с использованием последовательностей взвешенных по T1-ВИ, T2-ВИ, в импульсной последовательности инверсионного восстановления с подавлением сигнала от ликвора (Fluid Attenuated Inversion Recovery – FLAIR), диффузионно-взвешенном изображении (ДВИ) коронарной и сагитальной плоскостях, толщиной среза 5 мм. Применение ДВИ позволяло проводить дифференциальную диагностику острых и хронических нарушений мозгового кровообращения.

Результаты исследования и обсуждение

Проводился анализ состояния головного мозга в условиях естественной контрастности, желудочковой системы, размеры ликворосодержащих пространств и их симметричность, а также состояние супра-, субтенториальных и стволовых структур мозга. Последовательность полученных МРА изображений позволяла получить информацию об анатомии интра- и экстракраниальных сосудах, их патологических изменениях с интерпретацией в 3 D изображении. Для выявления очаговой патологии головного мозга в заключение проводилась серия постконтрастных томограмм в трех плоскостях на T1-ВИ. Встречались следующие изменения шейных отделов сонных и позвоночных артерий: атеротромботические стенозы (окклюзии)

различной степени выраженности - 18 случаев, патологическая извитость (С – S-образная) и врожденная гипогенезия артерий - 28, патологические перегибы артерий (кинкинг) – 17, двустороннее или одностороннее петлеобразование (койлинг) – 13, отсутствие изменений в брахиоцефальных сосудах – 8 случаев. Анализ изменений выявленных в паренхиме головного мозга показал наличие инфарктов мозга в остром, подостром и хроническом периодах, единичные и множественные хронические сосудисто-

дисметаболические очаги. Стенозы или полные атеротромботические окклюзии внутренних сонных артерий сочетались с их перегибом в 7 (41,1%) случаях, сочетание окклюзии с петлеобразованием выявлено в 8 (61,5%) случаях, сочетание с С-S образной извитостью выявлено в 2 (7,1%) случаях, в одном случае полная окклюзия устья левой внутренней сонной артерии сочеталась с частичным стенозом правой внутренней сонной артерии и патологической извитостью правой позвоночной артерии.



Рис.1. МРА – исследование экстра- и интракраниальных артерий с внутривенным болюсным контрастированием, артериальная (МРА слева) и венозная фазы.



Рис. 2 Патологическая извитость шейных и интракраниальных отделов позвоночных артерий, перегиб (кинкинг) правой внутренней сонной артерии (стрелка). Сочетание окклюзии левой сонной артерии с частичным стенозом устья правой внутренней сонной артерии (МРА справа)

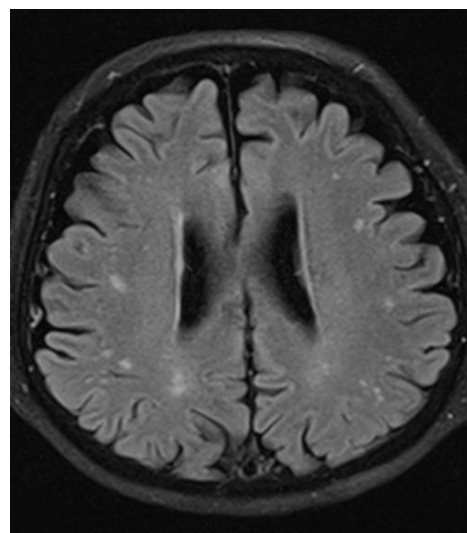


Рис. 3. Петлеобразование левой внутренней сонной артерии (стрелка), ДЭП с хроническими сосудисто-дисметаболическими очагами (глиоз)

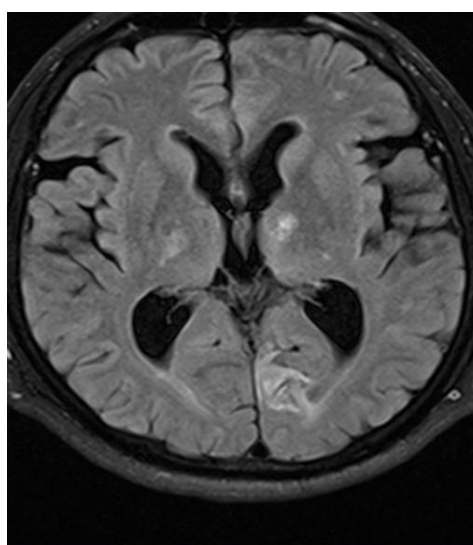


Рис. 4. Атеротромботическая окклюзия устья левой внутренней сонной артерии (стрелка), патологическая извитость и гипогенезия левой позвоночной артерии, острый лакунарный инфаркт в области колена внутренней капсулы и теменно-затылочной области левого полушария мозга.

Таблица. - Сопоставление частоты патологической извитости экстра-, интракраниальных артерий и их стенооокклюзирующих поражений.

Изменения экстра-, интракраниальных артерий, выявленные при МРА	Окклюзия (одно-, двусторонняя)	Сочетание стеноза и окклюзии	Различные степени стенозов
Перегибы артерий (кинкинг)	4	1	2
Петлеобразование артерий (койлинг)	5	2	1
Патологическая извитость артерий (C-S-образная)	1	-	1
Гипогенезия артерий	-	-	1
Отсутствие извитости артерий	-	-	-

Заключение. Таким образом, МРА делают возможным дополнить стандартное исследование головного мозга с оценкой сосудистого русла на интра- и экстракраниальном уровне без значительного увеличения времени процедуры. Атеротромботические стенозы, окклюзии сонных и позвоночных артерий сочетаются с их патологической извитостью в 31,0% случаев. Одномоментная оценка индивидуальных анатомических особенностей путей притока и оттока крови от головного мозга может иметь определенную прогностическую значимость при различных вариантах нарушения мозгового кровообращения.

Литература:

1. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Диагностическая нейрорадиология М., 2006.
2. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. М., 2009.
3. Курбатов В.П., Тулупов А.А., Летягин А.Ю. Топографические особенности крупных венозных структур и вертебро-базиллярной системы головы и шеи. Мед. виз. 2004; 2: 85-92.
4. Kamarioti E., Maniatis V., Papadopoulos A., КТ-ангиография виллизиева круга в диагностике острой церебральной ишемии. Мед. виз. 2001; 4: 22-29.

УДК 616.594.171.2-071-08

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО КАНДИДОЗА

¹Н.К. Султанова, ¹Б.С. Килыбаева, ²Н.К. Шаймарданов*Государственный медицинский университет города Семей,¹
КГКП «Аягузское районное медицинское объединение», г. Аягоз²*

ТҰЖЫРЫМ

БЕТКЕЙ КАНДИДОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ МЕН ЕМІ

Н.К. Султанова, Б.С. Килыбаева, Н.К. Шаймарданов

Бұл мақалада беткей кандидоздың антимикотикалық препараттарға төзімділігінің жоғарлауы, жүйелі препараттарды қолданғанда пайда болатын жағымсыз әсерлері жайлы баяндалады. Беткей кандидоз кезіндегі терінің зақымдалуының клиникалық көріністері сипатталады. Автор батрофен 1% кремін (циклопирокс) кандидоз емі үшін қолданды. Әсер ету механизмі арқылы *Candida* саңырауқұлағының ферменттерін инактивациялайды, тіндік тыныс алуды, ақуыздың синтезін және микроб жасушасының энергия өндіру қызметін бұзады, сонымен қатар батрафен ашытқы тәрізді саңырауқұлақтың жасушасының тасушы механизмін бұзады. Осы әсердің арқасында фунгицидті эффект пайда болады. Клиникалық ефективтілігін бағалау жүргізіледі.

SUMMARY

CLINICAL MANIFESTATIONS AND TREATMENT OF SURFACE THRUSH

N.K. Sultanov, B.S. Kilybaeva, N.K. Shaymardanov

The article describes the relevance of the superficial candidiasis due to increasing resistance to existing antimycotics, a manifestation of side effects from the use of systemic drugs. We describe the clinical skin lesions with superficial candidiasis. The authors used batrofen 1% cream (ciclopirox) for the treatment of candidiasis. Through the mechanism of action, which is the inactivation of enzyme systems fungi of the genus *Candida*, breach of tissue respiration, synthesis and energy production block of microbial cell Batrafen also violates the transport mechanisms in the cell wall of yeast-like fungus. Due to all this is achieved fungicidal effect. The evaluation of clinical efficacy.

Дрожжеподобные грибы, чаще всего *Candida albicans*, являются возбудителями 70-80% системных микозов, а среди заболеваний кожи кандидоз составляет 12-15%. Распознавание и лечение кандидоза остается актуальной проблемой, в связи с возникающей резистентностью к имеющимся антимикотикам, появлением в ряде случаев побочных эффектов от применения системных препаратов и т.д. С целью изучения клинической эффективности батрафена 1% крема при лечении различных форм поверхностного кандидоза обследованы 43 пациента (16 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст 44 года). Длительность заболевания варьировала от 2 до 10 нед.

Диагноз кандидоза подтверждали результатами микробиологического и культурального исследований.

В качестве наружного средства использовался батрафен 1% крем (циклопирокс), который наносили на пораженные участки тонким слоем 2 раза в день в течение 4-8 нед. Кандидоз кожи у наблюдавшихся больных проявлялся покраснением, шелушением, легким зудом, отслойкой эпидермиса на передней и боковой поверхностях грудной клетки, кожи плеч, предплечий и бедер. Более чем в половине случаев эти больные страдали избыточной массой. Для кандидоза ногтевых валиков (паронихии) характерными симптомами были гиперемия, индуративный отек, боль в области зоны роста ногтевой пластины. У 2 больных при надавливании на ногтевой валик выделялись капли гноя. Кандидоз больших складок в большинстве случаев развивался у женщин на фоне сопутствующих хронических заболеваний, повышенной массы, избыточной потливости, нарушений диеты и гигиены. Под молочными железами, в подмышечных впадинах и паховых складках появлялись очаги с фестончатыми краями, эритемой, эрозиями и пустулами. Проявления были поверхностными, однако беспокоили больных из-за зуда, жжения, мокнутия, неприятного запаха, косметического дефекта. В межпальцевых складках кистей и стоп кандидоз характеризовался мацерацией кожи, трещинами, эро-

зиями, пустулами, отслойкой эпидермиса в виде "белого венчика". Имела место профессиональная принадлежность (стирка, мойка посуды, уборка помещений и др.). За время обследования у 24 из 43 больных были выявлены сопутствующие заболевания и предрасполагающие факторы.

У наблюдавшихся больных чаще всего встречались диабет и хронический гастрит. В целом сопутствующие заболевания зарегистрированы у 55,8% больных, им индивидуально по показаниям проводилась соответствующая симптоматическая терапия. Батрафен 1% крем (циклопирокс) является одним из оптимальных наружных средств для лечения поверхностного кандидоза из-за особенностей его механизма действия, который заключается в инактивации ферментных систем (цитохромы, каталазы, пероксидазы) грибов рода *Candida*, нарушении тканевого дыхания, синтеза белка и выработки энергии микробной клеткой. Батрафен нарушает также транспортные механизмы в клеточной стенке дрожжеподобного гриба. За счет всего этого достигается фунгицидный эффект. Кроме того, батрафен при наружном применении быстро проникает в эпидермис и дерму, при этом поддерживается высокая концентрация препарата в пораженных тканях, превышающая в 15 раз МПК уже через несколько часов от начала лечения. В результате своевременности выявления поверхностного кандидоза, правильно подобранного местного противогрибкового препарата, достаточной длительности терапии в каждом конкретном случае, одновременного лечения сопутствующих заболеваний, применения общеукрепляющих средств и т.д. эффективность лечения поверхностного кандидоза батрафеном 1% кремом в нашей практике оказалась достаточно высокой. У всех больных после лечения в соскобах с кожи и ногтевых валиков грибы не обнаружены. Клиническая эффективность при разных формах поверхностного кандидоза соответствовала 100, 71,5, 87,6 и 90,9%. В среднем эффективность отмечена у 88,3% больных. Каких-либо побочных действий от применения препара-

та не обнаружено. Таким образом, применение батрафена 1% крема местно при кандидозе гладкой кожи, ногтевых валиков, больших и межпальцевых складок высокоэффективно и толерантно, особенно при своевременной диагностике кандидоза и одновременном лечении сопутствующих заболеваний.

Литература:

1. Бурова С.А. Современные подходы к местной терапии онихомикозов: опыт применения батрафена лака для ногтей. Рос журн кожн и вен бол 2002;5:54-56.

2. Бурова С.А., Буслаев Г.Н., Шахтмейстер И.Я. Грибковые заболевания. Приложение к журналу "Здоровье" 1999;6:16-17.

3. Бутов Ю.С. Этиотропное лечение онихомикозов: современные подходы к оптимальной местной терапии. Consilium medicum 2002;4:5:233-236.

4. Самцов А.В. Батрафен в терапии грибковых заболеваний кожи и ногтей. Воен-мед. журн. 2002;8:39-41.

5. Bohn M., Kraemer K.Th. J Am Acad Dermatol 2000;43:4:s57-s69.

6. Burova S.A. Efficacy of topical batrafen. Hydroxypyridones as antifungal agents with spec. emphasis on onychomycosis. Ed. S. Shuster. 1999;43-44.

7. May R. J Eur Acad Dermatol Venerol 2000;14:Suppl 1:82. Поступила 15.10.03

УДК616.5-002.951.3-08

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФА-АДРЕНОМИМЕТИКОВ ПРИ НАРУЖНОМ ПРИМЕНЕНИИ

Ж.Н. Нурмухамбетов, Е.В. Зонова, М.О. Курбанов, А.Ж. Нурмухамбетова, А.М. Узакова, Е.Т. Габитова

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

АЛЬФА-АДРЕНОМИМЕТИКТЕРДІҢ СЫРТҚЫ ЕМГЕ ҚОЛДАНУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

Ж.Н. Нұрмұхамбетов, Е.В. Зонова, М.О. Курбанов, А.Ж. Нұрмұхамбетова, А.М. Узакова, Е.Т. Габитова

Бұл жұмыста қан тамырларын тарылту арқылы өткір қабыну үрдісін (ісіну және қызару) жою қабілеті бар сыртқы емге арналған дәрілік препаратты өңдеу нәтижелері көрсетілген. Осы мақсатпен құрамында 0,1% нафазолин бар кремді қолданғанда оның 1% гидрокортизонды майымен салыстырғандағы клиникалық тиімділігі жөнінде нәтижелер берілген.

Summary

CLINICAL EFFICIENCY OF ALPHA-ADRENOCEPTOR AGONISTS IN EXTERNAL APPLICATION

Zh.N. Nurmukhambetov, E.V. Zonova, M. O. Kurbanov, A.Zh. Nurmukhambetova, A.M. Uzakova, E.T. Gabitova

This work presents the results of the drug development for external application possessing powerful vasoconstrictive effect and capable to liquidate the acute inflammation phenomenon: edema and hyperemia. To this end, the cream was tested with 0.1% content of naphazoline, which proved to be clinically more effective than 1% hydrocortisone ointment.

Наружная терапия является неотъемлемой частью общей лекарственной терапии дерматозов. Она может использоваться как в составе комплексного лечения, так и самостоятельно. Во многих случаях в дерматологии наружное лечение имеет ведущее значение, поскольку наружные фармакологические средства, в связи с наличием в коже нервно-рецепторного аппарата, а также за счет резорбтивного эффекта, в той или иной мере оказывают и общее воздействие на организм больного. Наступающее под влиянием наружной терапии уменьшение неприятных ощущений (зуд, боль, жжение и др.) положительно сказывается на общем и эмоциональном состоянии пациентов, что способствует выздоровлению. Учитывая данные обстоятельства, значительную роль в лечении различных дерматозов, безусловно, играет местная терапия, которая при достаточно высокой эффективности снижает риск возникновения побочных эффектов. В связи с вышеизложенным совершенствование методов наружной терапии является весьма актуальным.

Среди наружных средств наибольшей востребованностью пользуются топические кортикостероиды (ТКС). Клиническая эффективность топических глюкокортикостероидов объясняется их высокой противовоспалительной, противоаллергической, иммуно-супрессивной, а также сосудосуживающей и антимитотической эффективностью. Топические глюкокортикостероиды в современной клинической дерматологии являются «золотым» стандартом лечения воспалительных дерматозов. В то же время ТКС не лишены определенных недостатков,

которыми являются побочные эффекты: обострения бактериальной, вирусной и грибковой инфекции, атрофии, телеангиэктазии и др. [1,3]

Одним из ведущих принципов наружного лечения является выбор лекарственного средства и формы в зависимости от стадии (активности) воспалительного процесса с последующей своевременной сменой препарата в зависимости от наступивших изменений состояния кожного процесса. Поиск альтернативы для ТКС, способной оказывать желаемый эффект в стадии активного воспаления, явился целью настоящего исследования. В связи с этим, мы поставили задачу разработать лекарственное средство для наружного применения, обладающее способностью ликвидировать явления острого воспаления: отека и гиперемии. Ведущим механизмом действия данного средства должен быть сосудосуживающий эффект.

В качестве препарата отвечающего указанным требованиям наше внимание привлекли α_2 -Адреномиметики периферического действия, широко применяемые при лечении аллергических конъюнктивитов и ринитов. В связи с их способностью устранять отечность слизистых оболочек эти препараты получили также название антиконгестантов.

Нафазолин (нафтизин, санорин, риназин) по своему строению отличается от норадреналина и α_1 -адреномиметиков, но, подобно им, оказывает α -адреномиметическое действие. Вызывает более длительное, чем α_1 -адреномиметики, сужение перифериче-

ских сосудов. Противоотечное действие нафазолина при его нанесении на слизистые оболочки связано с сосудосуживающими свойствами. Препарат при ринитах облегчает носовое дыхание, уменьшая приток крови к венозным синусам. Применяют нафазолин при острых ринитах, синуситах, гайморитах, евстахиитах, а также для облегчения риноскопии, для остановки носовых кровотечений, при аллергических конъюнктивитах [2].

α_2 -Адренорецепторы локализируются пресинаптически (в адренергических и холинергических нервных окончаниях) и постсинаптически (в кровеносных сосудах и центральной нервной системе), а также вне синапсов в стенках сосудов. Пресинаптические α_2 -адренорецепторы по принципу отрицательной обратной связи регулируют высвобождение норадреналина. Существует три подтипа α_2 -рецепторов: α_2A , α_2B и α_2C .

Адренергические средства могут избирательно действовать на разные типы адренорецепторов: стимулировать их (адреномиметики, т.е. агонисты) или подавлять (адреноблокаторы, т.е. антагонисты).

Артериальный и венозный тонус в значительной степени зависит от функционального состояния α -адренорецепторов гладкомышечных клеток сосудов. Стимуляция α -адренорецепторов вызывает сужение артерий, преимущественно артериол, прекапиллярных сфинктеров (в том числе коронарных, легочных, почечных) и вен [2].

Для реализации поставленной цели мы решили изучить клиническую эффективность альфа-адреномиметиков при наружном лечении дерматозов.

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находилось 46 пациентов с островоспалительными явлениями на коже: отек и эритема (простой контактный дерматит - 17 и аллергический контактный дерматит - 29 пациентов). Больные предъявляли жалобы на высыпания на коже, зуд, чувство жжения. Патологический процесс локализовался преимущественно в области дистальных отделов верхних и нижних конечностей, на лице. В пределах патологического очага кожа была отечна, инфильтрирована, имела ярко-красную окраску с шелушением различной

степени выраженности, серозными и геморрагическими корочками на поверхности. Возраст пациентов варьировал от 16 до 63 лет. Длительность заболевания составляла от 2-3 дней до 2-3 недель. Пациенты были распределены на 2 группы по 23 - в каждой. Пациенты первой группы получали крем Унна с включением в его состав нафазолин в концентрации 0,1%. Крем назначался 2 раза в сутки в течение 7 дней в сочетании с комплексной терапией, включающей в себя глюконат кальция по 0,5 г 3 раза в сутки и мебихидролин по 0,1 г 2 раза в сутки. Пациенты второй группы (контрольная группа) получали 1% гидрокортизоновую мазь дважды в день в течение 7 дней в сочетании с антигистаминной и гипосенсибилизирующей терапией в аналогичных с первой группой дозировках.

В ходе исследования проводилась клиническая оценка эффективности терапии с регистрацией сроков исчезновения отека и эритемы у наблюдаемых пациентов.

Результаты и обсуждение.

Изменения клинической симптоматики в ходе проводимой терапии характеризовались следующим образом: наблюдаемая у больных отек и, яркая эритема хуже поддавалась коррекции во второй группе, у подавляющего большинства пациентов данные клинические проявления уменьшались медленнее, чем у пациентов первой группы. В первой группе больных некоторое уменьшение отека и гиперемии наблюдалось уже в первый день наблюдения у 30,4%, тогда как во второй группе - только у 8,7%. Дальнейшее уменьшение воспалительных явлений наблюдалось во 2 группе почти у 70% на второй день и полное исчезновение у всех наблюдаемых пациентов произошло на 4 день лечения. Во второй группе, к этому времени, полное разрешение процесса наблюдалось только у 73,9% пациентов. При дальнейшем наблюдении в этой группе на 7 день полное исчезновение островоспалительных явлений наблюдалось у 87% пациентов, а у 3 (13,0%) положительный эффект отсутствовал. Реакций обострения и побочных явлений ни у одного из наблюдаемых пациентов под влиянием проводимой терапии не наблюдалось.

Таблица 1. - Динамика клинической симптоматики под влиянием терапии

Изменения клинических признаков		1 группа				2 группа			
		Клинические признаки				Клинические признаки			
		Отек		Эритема		Отек		Эритема	
Сроки наблюдения		абс.к-во б-х	%	абс.к-во б-х	%	абс.к-во б-х	%	абс.к-во б-х	%
До лечения		23		23		23		23	
1 день	^	7	30,4	5	21,7	2	8,7	5	21,7
	#	-	-	-	-	-	-	-	-
2 день	^	15	65,2	16	69,7	7	30,4	7	30,4
	#	9	39,1	6	26,0	2	8,7	4	17,4
3 день	^	23	100,0	23	100	15	65,2	14	60,9
	#	22	95,7	20	86,9	15	65,2	15	65,2
4 день	^					17	73,9	17	73,9
	#	23	100,0	23	100	18	78,3	17	73,9
5 день	^					17	73,9	17	73,9
	#					19	82,6	18	78,3
6 день	^					19	82,6	19	82,6
	#					23	100	20	87,0
7 день	^							20	87,0
	#							20	87,0

Примечание: ^ - пациенты, у которых наблюдалось уменьшение клинических признаков,

- пациенты, у которых наблюдалось полное исчезновение клинических признаков

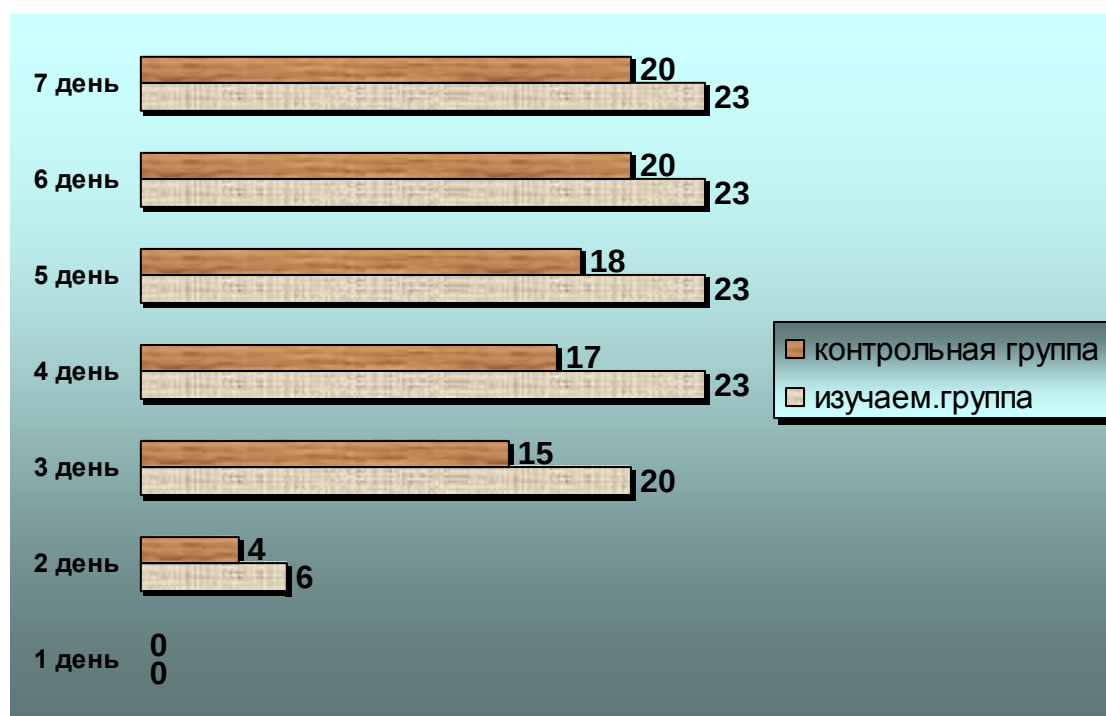


Рис. 1. - Исчезновение воспалительных явлений у пациентов под влиянием наружной терапии

Таким образом, терапия, в состав которой входил крем с 0,1% содержанием нафазолина, показала себя клинически более эффективной по сравнению с терапией, включающей в себя 1% гидрокортизоновую мазь.

Выводы:

1. Крем с 0,1% содержанием нафазолина достаточно эффективен при использовании его в качестве наружной терапии при дерматозах в стадии острого воспаления.

2. Высокая безопасность крема с 0,1% содержанием нафазолина позволяет рекомендовать его для наружной терапии при простых и аллергических контактных дерматитах.

Литература:

1. Основы наружной терапии болезней кожи. Васкулиты кожи. Серия «Библиотека врача-дерматовенеролога». Выпуск 2/Под ред. Е.В. Соколова.-СПб.:СОТИС,1999.-С.198.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства: В 2 т.Т.2.-14-е изд., перераб., испр.и доп.-М.:ООО «Изд.Новая Волна»:ИздательС.Б.Дивов,2001.-608 с.8.
3. Brazzini B.Pimpinelli N. New and established topical corticosteroids in dermatology. Am J.Dermatol. 2002. 3.47-58.

УДК 616.5-006

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

¹Н.К. Султанова, ²Н.К. Шаймарданов, ¹Б.С. Килыбаева

Государственный Медицинский Университет города Семей,
КГКП «Аягозское районное медицинское объединение», г. Аягоз

ТҰжырым

ПАРАНЕОПЛАСТИКАЛЫҚ ДЕРМАТОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

Н.К. Султанова, Б.С. Килыбаева, Н.К. Шаймарданов

Паранеоплазиялар - ағзада дамушы онкологиялық процесстің белгісі. 60-тан астам нозологиялық формаларды паранеоплазияларға жатқызады. Мақалада паранеоплазиялардың кейбір формаларының сипаттамасы беріледі.

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PARANEOPLASTIC DERMATOSES

N.K. Sultanov, B.S. Kilybaeva, N.K. Shaymardanov

Paraneoplasia - signs of developing cancer in the body of the process. More than 60 clinical entities referred to paraneoplasia. A description of cutaneous manifestations of some forms of paraneoplasia.

Самые различные клинические проявления на коже с более или менее высокой степенью вероятности могут

быть признаками развивающегося в организме онкологического процесса. В зависимости от частоты сочета-

ния кожных проявлений с онкологическим процессом паранеопластические дерматозы делят на облигатные и факультативные, а также на наследственные синдромы. В настоящее время к паранеоплазиям относят более 60 нозологических форм: синдромы Пейтца-Джигерса-Турена, Горлина-Гольца, Базекса, Свита, Лезера-Трела; черный акантоз, круговидную эритему Гаммела, кольцевидную центробежную эритему Дарье, дерматомиозит, пигментную ксеродерму, буллезный пемфигоид, герпетиформный дерматит Дюринга, фолликулярный муциноз, приобретенный ихтиоз, приобретенный гипертрихоз пушковых волос и многие другие. Для паранеопластических дерматозов характерно их исчезновение после хирургического удаления опухоли, успешной цитостатической или лучевой терапии, а также повторное возникновение прежних кожных проявлений после активации онкологического процесса.

Круговидная эритема Гаммела (*erythema gyratum repens*) - редкая форма облигатной паранеоплазии, впервые описанной J. Gammel в 1952 г. у женщины, больной раком молочной железы. Кожные высыпания обычно на несколько месяцев опережают появление онкологического процесса, но могут возникать одновременно или запаздывать. Клиническая картина чрезвычайно своеобразна: зудящие эритематозные шелушащиеся кольца и гирлянды причудливых, ежедневно меняющихся, ползущих (*repens*) очертаний, между которыми сохраняются участки неизменной кожи. Чешуйки мелкие, отрубевидные, но могут быть крупнопластинчатыми. После удаления опухоли зуд и клинические проявления исчезают в течение нескольких дней.

Черный акантоз (сосочково-пигментная дистрофия кожи, *acanthosis nigricans*) - облигатный паранеопластический дерматоз. Он разделяется на 5 типов со сходной клинической картиной, но различным прогнозом для больного. Юношеская (доброкачественная) форма может начинаться в раннем детском или подростковом возрасте, не имеет связи с эндокринными заболеваниями. Доброкачественный акантоз, сочетающийся с эндокринными заболеваниями: инсулиннезависимым сахарным диабетом, гипотиреозом, синдромом Иценко-Кушинга, андрогенией. Близок к нему лекарственный *acanthosis nigricans*, развивающийся при лечении больных диэтилstilбэстролом, глюкокортикоидами, большими дозами никотиновой кислоты. Симптоматический акантоз (псевдоакантоз) наблюдается обычно у тучных женщин со смуглой кожей. Злокачественный *acanthosis nigricans*, возникший у лиц старше 40 лет, который и является облигатным паранеопластическим дерматозом, в 80-90% случаев сопутствует онкологическому процессу. В половине случаев сочетается с карциномой желудка, в 20-25% - с раком мочевыводящих путей, половых органов и другой локализации.

Клинически при всех типах черного акантоза наблюдается усиление пигментации кожи и ее утолщение в зонах естественных складок - в паховой области, подмышечных впадинах, локтевых сгибах, на шее. Кожный рисунок усилен, на поверхности видны грязно-серые сосочковые разрастания. При злокачественной форме гиперпигментация и гиперкератоз выражены сильнее, примерно у половины больных на слизистых полости рта и половых органов возникают ворсинчатые бородавчатые разрастания. Отчетливо выражен гиперкератоз ладоней и подошв.

Синдром Лезера-Трела характеризуется внезапным появлением себорейных кератом, их быстрым увеличением в числе и размерах, что в 70% случаев сочетается с онкологической патологией: раком желудка, бронхов, предстательной железы, матки, молочных желез, легкого,

а также со злокачественными лимфомами. Высыпания, клинически и гистологически идентичные сенильному себорейному кератозу, обычно локализуются на спине, груди, конечностях. Клиническая картина может быть пестрой из-за вкраплений актинического кератоза, лентигинозных пятен, гемангиом.

Дерматомиозит разделяют на первичный детский, первичный идиопатический и вторичный паранеопластический. Выделяют 3 варианта течения (острый, подострый и хронический) и 3 периода: продромальный, манифестный и дистрофический или терминальный.

Каждый случай дерматомиозита, возникшего у взрослого человека старше 40 лет, должен тщательно исследоваться для выявления возможной опухоли. Частота сочетания дерматомиозита с онкологическим процессом варьирует от 14 до 52%.

Клинические проявления дерматомиозита, ассоциированного с опухолями различной локализации (молочная железа, яичники, матка, желудок, почки, легкие), не отличаются от наблюдаемой симптоматики при идиопатической форме заболевания.

Наиболее типична локализация высыпаний на открытых местах: лицо, особенно в периорбитальной области, шея, зона декольте, конечности, преимущественно над суставами, но высыпания могут распространяться по всему кожному покрову. Вначале возникает яркая отечная эритема, затем она приобретает лиловый оттенок или насыщенно-бурый цвет. Участки гипер- и гипопигментации, телеангиэктазии создают пеструю картину пойкилодермии. Нередки болезненные паронихии, капилляриты на подушечках пальцев и ладонях. Могут поражаться также слизистые оболочки в виде конъюнктивита, атрофического ринита, стоматита, фарингита, ларингита (20-88%). Поражение поперечнополосатых мышц, как и кожи, является одним из самых ранних симптомов дерматомиозита. Вначале отмечаются сильная утомляемость, болезненность, нарастающая слабость мышц плечевого и тазового пояса. Больные не в состоянии поднять руки, чтобы одеться («симптом рубашки»), причесаться, поднести ложку ко рту. Слабость мышц шеи не позволяет им приподнять голову. Больным трудно сесть, походка становится неуверенной, часто падают, трудно подняться на ступеньку («симптом лестницы»). Из-за миофиброза мышцы становятся плотными, деревянистыми. Кожа над пораженными мышцами имеет типичную лиловую окраску («гелиотроп»), уплотнена, блестящая, лоснящаяся, не собирается в складки. Кроме патологии скелетной мускулатуры наблюдаются поражения мышц мягкого неба и глотки, проявляющиеся дисфагией, дисфонией; межреберных мышц и диафрагмы (одышка); миокарда (миокардит, дистрофия).

Буллезные дерматозы (буллезный пемфигоид Лезера, герпетиформный дерматит Дюринга, субкорнеальный пустулез Снеддона-Уилкинсона, эритематозная и эксфолиативная пузырчатка) встречаются у 2-18% онкологических больных пожилого возраста.

Клинически проявления буллезного пемфигоида характеризуются пузырями с напряженной покрывкой на фоне неизменной или, реже, слегка гиперемированной кожи. Преимущественная локализация - области крупных суставов, гибательные поверхности верхних и нижних конечностей. Пузыри диаметром от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров существуют значительно дольше, чем при истинной пузырчатке, а образующиеся после вскрытия эрозии быстро эпителизируются. Пузыри могут локализоваться и на слизистых. Наряду с пузырьными элементами, клиническими прояв-

лениями буллезного пемфигоида могут быть папулезные и уртикарно-эритематозные элементы и везикулы.

Герпетиформный дерматит Дюринга на высоте приступа проявляется полиморфными высыпаниями в виде уртикарноподобных, эритематопапулезных, пузырьковых, пузырных, иногда пустулезных элементов, а также экскориаций, бурых гиперпигментаций на месте разрешившихся высыпаний, корочек. Характерен сильный, иногда мучительный зуд или жжение кожи.

Субкорнеальный пустулез характеризуется мелкими, склонными к групповому расположению, везикулезными или пустулезными субкорнеальными высыпаниями без субъективных ощущений или слегка зудящих. Преимущественная локализация - крупные (паховые, подмышечные) складки, но могут быть и на других участках кожного покрова. Слизистые не поражаются. При появлении свежих высыпаний по периферии регрессирующих элементов образуются кольцевидные, дугообразные фигуры и гирлянды диаметром до 5 см. Вялые пузыри с тонкой и дряблой покрывкой заполнены гнойным содержимым.

Кроме дерматозов, имеющих достаточно четкие нозологические отличия, А.А. Каламкарян и Х.К. Шадыев обратили внимание на гиперпигментированные пятна, не поддающиеся классификации, но в 15% случаев указывающие на развивающуюся опухоль. При этом почти всегда процесс на коже опережал онкологическое заболевание.

Литература:

1. Агакишиев Д.Д., Керимов С.Г., Меджидов Н.М., Джавад-заде М.М. Случай паранеопластического черного акантоза. Вестн дерматол 1991; 4: 49-53.
2. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Паранеоплазия. В кн.: Клиническая дерматология, редкие и атипичные дерматозы. Ереван: Айастан 1989; 354-356.
3. Каламкарян А.А., Шадыев Х.К. Паранеопластическая гиперпигментация кожи. Вестн. дерматол 1984; 6: 4-7.
4. Пономарев А.А., Куликов Е.П., Караваев Н.С., Федосеев А.В. Редкие кожно-висцеральные синдромы. Рязань 1998; 648.

УДК 616.649+616.9

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЖЕНЩИН

Е.В. Зонова, Ж.Н. Нурмухамбетов, М.З. Нурмухамбетова, М.О. Курбанов, Б.Б. Жумабекова

Централизованная серологическая лаборатория ОКВД, г. Усть-Каменогорск,
Государственный медицинский университет, г. Семей

Тұжырым

ӘЙЕЛДЕРДЕГІ УРОГЕНИТАЛЬДЫ МІКОПЛАЗМАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯ

Е.В. Зонова, Ж.Н. Нурмухамбетов, М.З. Нурмухамбетова, М.О. Курбанов, Б.Б. Жумабекова

Бұл жұмыста әйел адамдарды генитальды микоплазмаларға тексеру нәтижелері көрсетілген. *M. hominis* 48,7% ауру әйелдерден және 18,7% сау әйелдерден табылған, *Mycoplasma hominis* жүкті әйелдердің 1/3 бөлігінен және *Ureaplasma* spp. 70% анықталған. Алынған нәтижелер ауыр акушерлік және гинекологиялық анамнезі бар әйелдерді жүктілікке дейін микоплазмалық инфекцияға тексеру жүргізу кезінде дәлелдейді, сол арқылы жүктілік кезінде кері көрсеткіші бар дәрі-дәрмектерді алдын-ала қолдану арқылы толық жарамды ем жүргізуге мүмкіншілік береді.

Summary

URINOGENITAL MYCOPLASMAL INFECTION IN WOMEN

Y.V. Zonova, Z.N. Nurmukhambetov, M.Z. Nurmukhambetova, M.O. Kurbanov, B.B. Zhumabekova

This work presents the results of examination of women for the presence of genital mycoplasmas. *M. hominis* was isolated in 48.7% of cases of patients and 18.7% of cases of healthy women, almost one third of pregnant women, and *Mycoplasma hominis* was isolated in 70% of cases - *Ureaplasma* spp. These data suggest that the revelation of mycoplasma infection should be carried out in women with burdened maternal obstetric and gynecological history before pregnancy, what will allow conducting the proper treatment and use of drugs which are adverse in pregnant women.

В последнее время резко возросла частота смешанной урогенитальной инфекции, борьба с которыми представляет значительные трудности в связи с развивающейся устойчивостью возбудителей к широко применяемым антибактериальным препаратам и особенностям ответных реакций организма. Одним из компонентов смешанной инфекции являются генитальные микоплазмы.

Заболевания человека, вызываемые микоплазмами, объединяют в группу микоплазмозов. Согласно современной классификации, семейство *Mycoplasmataceae* разделяют на 2 рода – род *Mycoplasma*, включающий около 100 видов и род *Ureaplasma*, в котором насчитывается только 3 вида. Для человека патогенными являются *M. pneumoniae*, *M. hominis*, *M. genitalium*, *M. incognitis*, *U. urealyticum* [2].

Микоплазмы являются самыми мелкими, свободно живущими прокариотами. Они занимают промежуточное положение между вирусами и бактериями в систематике микроорганизмов. По размерам, способности прохождения через мембранные фильтры, чувствительности к эфиру микоплазмы близки к вирусам. По способности к росту на бесклеточных питательных средах и структурной организации – к стабильным формам бактерий. Они представляют собой уникальную группу микроорганизмов, лишенных клеточной стенки и имеют только трехслойную липопротеиновую цитоплазматическую мембрану, наружный и внутренний слой которой электронно – плотный, а средний электронно – прозрачный, общая толщина которых составляет 7,5 – 15,0 нм. В цитоплазме клеток имеются: нуклеотид, диффузно распределенный в виде нитей ДНК, рибосомы и ино-

гда внутрицитоплазматические мембранные структуры. Отсутствие клеточной стенки объясняет полиморфность микоплазм, которые могут иметь различные морфологические формы: ветвистые, цепочечные, шаровидные и мельчайшие репродуцирующие элементы размером 100-450 нм. Диаметр сферических клеток варьирует от 0,3 до 0,8 мкм. Встречаются и более мелкие структуры, приближающиеся размером к вирусам. Размножение микоплазм происходит внутриклеточно и очень интенсивно, путем деления материнских клеток, а также путем отпочковывания дочерних клеток от поверхности мембраны материнской клетки. Цикл развития занимает около 6 суток. Микоплазмы грамотрицательны, обладают крайне низкой чувствительностью к большинству красителей [1].

Доказано, что все микоплазмы вызывают очень большие изменения в метаболизме клеток организма – хозяина: нарушают облик аминокислот, синтез белков, нуклеиновых кислот, привнося новую генетическую информацию. Появление хромосомных аббераций отмечено в лейкоцитах человека при заражении их *U. Urealyticum*, выделенной от женщин с привычным невынашиванием беременности.

Известно, что уреаплазмы адсорбируются на сперматозоидах человека и часто обнаруживаются у женщин при спонтанных абортах, при этом частота хромосомных аномалий, выявляемых у плода, составляет около 20%.

Доминирующим фактором, определяющим патогенность микоплазм, является их способность тесно связываться с мембраной клетки, вступать с ней в межмембранное взаимодействие, при котором возможен обмен отдельными мембранными компонентами. Сходство мембран микоплазм с мембранами клеток хозяина обуславливает их слабую иммуногенность и длительную персистенцию в организме, некоторые патогенные микоплазмы обладают особым генетическим механизмом, позволяющим изменить их собственные поверхностные структуры. Такая поверхностная фенотипическая вариация играет, вероятно, ключевую роль в развитии и персистенции микоплазменной инфекции, позволяя микробам уклоняться от защитных механизмов хозяина и способствуя адаптации к быстроизменяющимся условиям обитания. Наличие же общих антигенных структур у микоплазм и клеток организма является причиной развития аутоиммунных процессов, приводящих к тяжелым осложнениям, требующим специфической терапии [4].

Биологические свойства микоплазм препятствуют либо фагоцитозу, либо перевариванию их в фагоцитах. В тех случаях, когда микоплазмы не перевариваются фагоцитами, последние становятся разносчиками инфекции, содействуя генерализации инфекции.

К хроническим формам заболевания относятся негенококковые уретриты, циститы, пиелонефриты, вагиниты, сальпингиты, воспаления яичников и большой железы преддверия. Однако, необходимо отметить, что как моноинфекция микоплазмоз встречается лишь в 12-18% случаев.

Значительный рост микробной популяции приводит к резкому повышению концентрации липополисахаридов, JgA и JgB, протеаз, а также разнообразных аминов. Накопление этих факторов вирулентности микроорганизмов, ведет к преодолению защитных барьеров и внедрению бактерий и продуктов жизнедеятельности в ткани верхних отделов половых путей. Следствием этого процесса может стать развитие эндометрита,

сальпингита вне беременности, а также децидуита и инфекции плодных оболочек у беременных женщин.

Персистенция микоплазм в эндометрии в последующем может быть причиной инфицирования плодного яйца и прерывания беременности на ранних сроках. Во время беременности микоплазмы входят в число наиболее часто встречающихся микроорганизмов в составе микроценоза влагалища, уретры и цервикального канала, вегетируемых в ассоциации с различными условно – патогенными и патогенными микроорганизмами. Они увеличивают количество свободной арахидоновой кислоты, приводя к активации синтеза простагландинов что, в свою очередь, может стать причиной спонтанных абортов, преждевременных родов, мертворождений, патологии беременности и родов [4].

Урогенитальные микоплазмы относятся к условно – патогенным микроорганизмам. Об этом свидетельствуют их широкое распространение в человеческой популяции, преимущественно в форме бессимптомного носительства, симбиотические отношения с другими условно – патогенными микроорганизмами, низкие титры специфических антител, обнаруживаемые как у носителей микоплазм, так и у лиц свободных от него, наличие у *M.hominis* антигенов, общих с антигенами других видов микоплазм – сапрофитов человека. В определенных условиях при ослаблении механизмов защиты макроорганизма микоплазмы, обладающие низкой вирулентностью, могут вызывать манифестные формы заболевания. Обсуждаются различные точки зрения на проблему генитального микоплазмоза – от попыток считать микоплазмы абсолютными патогенами, до полного отрицания их роли в урогенитальной патологии. Трудность диагностики микоплазменных инфекций, распространенность заболевания, половой путь передачи и неадекватность проводимой терапии в скором времени приведут к преобладанию этих инфекций над классическими венерическими заболеваниями [2].

Урогенитальные микоплазмы вызывают острые, хронические и бессимптомные формы заболевания. Последние очень опасны в аспекте перинатальной патологии, т.к. играют большую роль в распространении инфекции. Проведенные исследования показали довольно широкое распространение бессимптомного носительства микоплазм в урогенитальном тракте у женщин и его связь с воспалительными заболеваниями половых органов и беременностью [3].

Нами было проведено обследование 49 женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта и 51 здоровой женщины на наличие генитальных микоплазм. В результате проведенных исследований *M. hominis* была выделена в 48,7% случаев от больных и 18,7% случаев от здоровых женщин. У женщин при микоплазменной инфекции воспалительный процесс в гениталиях был выражен слабо и почти не вызывал субъективных ощущений.

К острым формам микоплазменной инфекции урогенитального тракта относятся: родовой сепсис, септические аборты и септицемия после гинекологических операций.

В централизованной лаборатории Облкожвендиспансера, выполняющей программу «010» по бесплатному обследованию беременных женщин на ИППП в 2010 году с помощью ПЦР было обследовано 2870 женщин, количество проведенных исследований составляло 14211. В 2011 году количество обследованных женщин и проведенных исследований было - 1106 и 5500, соответственно.

Таблица 1. Результаты диагностики беременных женщин на ИППП с помощью ПЦР в 2010 - 2011 году

Вид возбудителя	Кол-во обследованных	Кол-во «+» результатов	% выявляемости
Chlam.Trachomatis	2834/1097	242/113	9/10
Ureaplasma Spp	2861/1102	1956/827	68/75
Mycopl.Hominis	2838/1101	637/304	22/28
Trichom.Vaginalis	2827/1098	96/55	3,4/5
Gardn. Vaginalis	2851/1102	1260/510	44/46

Полученные данные свидетельствуют о том, что почти у 1/3 беременных женщин обнаруживаются *Mycoplasma hominis* и в 70% случаев - *Ureaplasma spp.* Микоплазмы в ассоциации с хламидиями выявляются в 25-30% случаев, а в сочетании с другими патогенными микроорганизмами – в 87-90% случаев.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать вывод, что определение микоплазменного инфицирования должно проводиться у женщин с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом еще до беременности. Это позволит провести полноценное лечение и использовать препараты, которые нежелательно применять у беременной женщины. Однако, приходится констатировать, что на практике наличие микоплазм чаще всего обнаруживается во

время беременности, при взятии женщины на учет в женской консультации.

Литература:

1. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. «Кожные и венерические заболевания», Москва «Медицина» 1997 г.
2. Дмитриев Г.А., Глазко И.И. «Диагностика инфекций, передаваемых половым путем»
3. Прозоровский С.В. «Социальная значимость микоплазменных инфекций. Перспективы научных исследований». Вестник АМН 1991год.
4. Башмакова Н.В., Заварзина Л.П., Глазкова Л.К., Головкин В.Д. «Профилактика невынашивания беременности при урогенитальной инфекции у супругов» Акушерство и гинекология 1998 год.

УДК 616.97-001.891.53

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Е.В. Зонова

Централизованная лаборатория ОКВД, г. Усть-Каменогорск

Тұжырым

ЖЫНЫСТЫҚ ЖОЛЫМЕН БЕРІЛЕТІН АУРУЛАРДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУДА ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІ БІР ОРТАҒА БАҒЫНДЫРУДЫҢ МАҚСАТҚА СӘЙКЕСТІЛІГІ МЕН ТИІМДІЛІГІ

Е.В. Зонова

Үсынылған мәліметтер ШҚО аймағы бойынша көп жылдық лабораторлы қызметтің қорытындысы. Алынған мәліметтерді терең талдау нәтижесінде лабораторлы зерттеулерді бір орталыққа бағындырудың қажеттілігі дәлелденеді. Лабораторлы қызмет реформасының негізі болып, зерттеулердің экономикалық және диагностикалық тиімділігі, халыққа медициналық көмек көрсетудің сапасын көтеру мәселесін шешу табылады.

Summary

EXPEDIENCE AND EFFICIENCY OF CENTRALISATION OF LABORATORY STUDIES IN DIAGNOSTICS OF INFECTIONS SEXUALLY TRANSMITTED

E.V. Zonova

Presented data are the result of long-term activity of laboratory services in the East Kazakhstan region. Based on thorough analysis of factual data, the necessity of centralized laboratory studies, which are the basic element in reforming of laboratory services capable to provide the solution of actual problems of increasing of economic and diagnostic efficiency of studies to improve the quality of provision of medical care to the population and will answer the world tendencies of the organization of laboratory service.

Одним из наиболее важных компонентов, определяющих репродуктивное здоровье человека, являются инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Проблема профилактики и диагностики ИППП во всем мире уделяется большое внимание. В США в центре контроля и профилактики заболеваний существует национальный проект надзора за гонококковой инфекцией, лаборатории осуществляют экспертную деятельность на национально-международном уровне с проведением контроля за серологическими исследованиями по диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза, трихомониаза. Активно по данной проблеме работает Восточно-Европейское содружество по сексуальному и репродуктивному здоровью, разрабатывающее Протоколы лабо-

раторной диагностики ИППП, Европейская ассоциация против ИППП (IUSTI) [1]. Между тем, в Казахстане этой проблеме не уделяется должного внимания, ИППП не включены в раздел социально значимых заболеваний.

К ИППП, согласно МКБ-10, относятся: сифилис, гонококковая инфекция, хламидийная инфекция, урогенитальный трихомониаз, шанкроид, паховая гранулема, аногенитальная герпетическая инфекция. Многие возбудители ИППП, а также ВИЧ и вирусы гепатитов могут передаваться от матери плоду и вызывать тяжелые заболевания новорожденных. Осложнениями хламидийной и гонококковой инфекции могут быть мужское и женское бесплодие [2]. Данные о заболеваемости ИППП далеки от реальной картины, т.к. основываются

главным образом на официальных источниках без учета коммерческих организаций, где обследуется значительное число пациентов. Нет единого органа (центра), объединяющего усилия многочисленных организаций-потребителей. Современные ИППП практически не имеют патогномичных симптомов, протекают малозаметно, поэтому в их выявлении лабораторная диагностика играет решающую роль. Однако, существует ряд проблем, затрудняющих борьбу с ИППП, одними из которых являются: самолечение в связи со свободным доступом антибиотиков и противовирусных препаратов в аптечной сети; оказание лечебно-диагностической помощи медицинскими работниками, не имеющими соответствующих знаний по диагностике и лечению ИППП; отсутствие стандартизированных протоколов диагностики и лечения большинства ИППП, базирующихся на принципах доказательной медицины. Лабораторная диагностика наиболее распространенных и социально значимых ИППП должна основываться на принципах необходимости и достаточности и строго руководствоваться научно-обоснованными, регламентированными технологиями [5]. Для преодоления этих проблем необходимо повышение качества первичной и специализированной медицинской помощи. Какова же на сегодняшний день ситуация с лабораторной диагностикой ИППП? В областных центрах и крупных городах можно найти несколько современных лабораторий, значительная часть которых частные, что значительно снижает доступность диагностики для людей с невысокими доходами. Всем ясно, что в ближайшее время государство не сможет создать столь необходимые лаборатории по диагностике ИППП в каждом лечебном учреждении. Интересен и полезен опыт организации лабораторной диагностики ИППП в США, даже в такой очень богатой стране нет целесообразности организовывать лаборатории в каждом лечебном учреждении.

Созданы централизованные лаборатории, укомплектованные высокопрофессиональным персоналом, современным оборудованием. Кроме выполнения анализов, подобные лаборатории выполняют еще одну важную функцию – отслеживают биологические свойства возбудителей ИППП в регионе [1].

В современных условиях, когда крупные коммерческие лаборатории активно усиливают свои позиции на рынке лабораторных услуг, для государственных лабораторий единственный путь к выживанию – это централизация лабораторных исследований и конкуренция за лабораторные услуги. В целях совершенствования контроля за ИППП рекомендуется создавать в качестве структурных подразделений областных, республиканских кожно-венерологических диспансеров централизованные лаборатории по диагностике ИППП, сосредоточив в них все виды исследований для микроскопической, вирусологической, бактериологической, серологической, иммунологической, молекулярно-биологической диагностики этих инфекций.

Централизованная серологическая лаборатория была организована в 1972 году в составе Восточно-Казахстанского областного кожно-венерологического диспансера г. Усть-Каменогорск на правах отделения. В настоящее время Централизованная серологическая лаборатория КГКП ВК ОКВД выполняет лабораторные исследования в соответствии с «Перечнем обязательного минимума лабораторных исследований для централизованных серологических лабораторий» и состоит из следующих структурных подразделений: серологический отдел с иммунологией, клинический отдел, бактериологический отдел, отдел специфических реакций (РИП, РИФ), иммуноферментный анализ, отдел молекулярной диагностики (ПЦР – диагностика возбудителей ИППП с использованием детекции продуктов амплификации электрофорезным методом).

Таблица 1. - Деятельность ЦСЛ ВК ОКВД

№	Наименование исследований	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г 9мес
1	Иммунологические	281591	290573	28385	250943	173496
2	Общеклинические	261970	268172	272353	260535	173895
3	Бактериологические	22220	28197	28922	27801	21149
4	РИФ, РИП	3632	6411	5680	4689	2314
5	ПЦР	15695	18945	25643	26736	13320
	Всего исследований	585108	612298	616455	570714	384174

Для диагностики сифилиса проводятся исследование в темном поле нативного препарата, серологические исследования крови и ликвора в комплексе серологических реакций РМП и РСК с кардиолипновым и трепонемным антигенами, реакции иммунофлюоресценции в модификациях, ИФА..

ЦСЛ обслуживает все ЛПУ г.Усть-Каменогорска: городские и областные диспансеры, учреждения УВД, СВА по постановке комплекса серологических реакций на сифилис, что составляет 76% от общего числа проведенных исследований. По специфическим методам исследования на сифилис (РИП и РИФ) обслуживает все ЛПУ города и области.

Таблица 2. - Серологические исследования за период 2007-2011г (9мес.)

№	Наименование исследований	2007г	2008 г	2009г	2010г	2011г 9мес
1	РСК	128381	158670	124636	102388	66952
2	Реакция микро-преципитации	153210	131903	158679	147410	106544
3	РИФ, РИП	3632	6411	5680	4689	2314
	Всего	285223	296984	288995	254487	175810

Приведенные данные свидетельствуют о снижении на 42497 иммунологических анализов в 2010 г по сравнению с 2008 годом. Такое снижение количества серологических исследований на сифилис, наблюдающееся в основном за счёт уменьшения количества анализов на РМП и РСК, связано с тем, что многие ЛПУ г.Усть-Каменогорска, начинают самостоятельно проводить диагностику сифилиса.

На базе лаборатории централизовано исследование мазков на гонорею, трихомониаз, кандидоз из всех гинекологических отделений города, родильных домов, кабинетов гинекологического приема СВА, что составляет 87% от общего числа проведенных исследований. Такая централизация позволяет квалифицированно и точно в срок выдавать результаты анализов пациенту и своевременно привлекать его на лечение. Вместе с тем,

за 2010 год наблюдается снижение количества исследований на 29827 за счет уменьшения количества мазков из урогенитального тракта, поступающих из ЛПУ города, вследствие самостоятельного исследования. Выявляемость по *Neisseria gonorrhoeae* составила 4,7%, по *Trichomonas vaginalis* - 9,2%.

В бактериологическом отделе проводится культуральная диагностика гонореи, кандидоза, трихомониаза и дерматомикозов для всех ЛПУ области. Из общего числа проведенных исследований 34% проводится для городских и областных ЛПУ. Выявляемость по идентификации *Neisseria gonorrhoeae* составляет 3,5 – 4%.

Таблица 3. - Количественная характеристика анализов по бактериологии за период 2007-2011г 9мес.

№	Наименование исследований	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г 9мес
1	Культур. исследование на <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	7886	9492	9988	9560	7360
2	Культур. исследование на дерматомикозы	5919	7994	8060	7552	5644
3	Культур. исследование на кандидоз	0	0	280	220	86
	ИТОГО	13805	17486	18328	17332	13090

В отделе полимеразной цепной реакции проводится диагностика ИППП методом *Ehrlich* детекции, активно принимаем участие в освоении Государственной програм-

мы 253.010.015.149 по бесплатному обследованию беременных женщин на ИППП методом ПЦР.

Таблица 4. - Количество анализов, проведенных методом ПЦР за период 2007-2011г 9мес.

№	Наименование ДНК возбудителя	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г. 9мес
1	<i>Chlam. trachomatis</i>	4034	4785	6050	6163	3497
2	<i>Ureaplasma spp.</i>	2999	3616	5247	5529	2865
3	<i>Mycopl. hominis</i>	2966	3564	4854	4920	2475
4	<i>Trich. vaginalis</i>	2829	3132	4021	4269	1850
5	<i>Gardner. vaginalis</i>	2464	3259	4394	4492	2058
6	<i>Candida albicans</i>	9	22	99	219	100
7	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	47	91	210	320	103
8	ВПГ I, II тип	138	209	341	410	124
9	ВГЧ VI тип	131	137	142	42	1
10	ВПЧ 16/18 тип	0	0	0	22	119
11	Cytomegalovirus	74	129	285	350	128
	Всего	15695	18945	25643	26736	13320

Таблица 5. - Обследование беременных женщин на ИППП методом ПЦР за период с 2005 – 2011гг. (проведенное в рамках Программы 253.010.015.149)

	2005г	2006г	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г
Кол-во обследованных жен.	2360	2388	1887	2715	2877	2870	1106
Кол-во пров. иссл.	9381	11168	9042	13500	14000	14211	5500
<i>Chlam. trachomatis</i>	2288	2299	1840	2689	2771	2834	1097
<i>Ureaplasma spp.</i>	2273	2296	1844	2713	2843	2861	1102
<i>Mycoplasma hominis</i>	2285	2313	1860	2701	2781	2838	1101
<i>Trich. Vaginalis</i>	1382	2261	1826	2683	2767	2827	1098
<i>Gardnerella vaginalis</i>	1154	1999	1672	2714	2830	2851	1102

Анализ выявляемости возбудителей ИППП показал, что на первом и втором месте стоит условно-патогенная флора *Ureaplasma spp* и *Gardnerella vaginalis* (73% и 46% соответственно), на третьем – *Mycoplasma hominis* (28%), на четвертом – *Chlamydia trachomatis* (10%) и на последнем - *Trichomonas vaginalis* (5%).

Диагностика сифилиса методом ИФА с обнаружением противосифилитических суммарных антител, антител к IgG и IgM и определением титра антител проводится с 2009.

Таблица 6. - Диагностика сифилиса методом ИФА.

Наименование исследований	2009год	2010 год	2011г 9 мес.
Антипаллидум суммарные антитела	385	953	964
Определение АТ к противосифил. IgG	33	123	509
Определение АТ к противосифил. IgM	33	69	214
Всего исследований	451	1145	1687

Таким образом, анализ представленных данных свидетельствует о том, что в работе централизованной лаборатории ОКВД имеет место положительная динамика как по количеству, так и по качеству проводимых исследований по диагностике ИППП, внедрены новые современные методы диагностики: ИФА, ПЦР. Вместе с тем, следует отметить, что в последнее время диагностика сифилиса с помощью РСК и реакции микропреципитации, гонореи и трихомониаза микроскопическим методом проводится во многих ЛПУ города самостоятельно. При этом некавалифицированный подход к организации этих лабораторий и отсутствие системы контроля привели к тому, что во многих случаях имеют

место нестандартизированные методы окраски и некавалифицированная интерпретация результатов исследования мазков из урогенитального тракта [3]. Многие лаборатории не имеют единой системы сбора данных, а так же стандартных протоколов для оформления результатов исследований. Все это снижает достоверность результатов исследований. Качество микроскопической диагностики зависит от тщательного соблюдения взятия биоматериала, уровня подготовки и опыта специалиста. Как правило, уровень подготовки врачей-лаборантов и средних медицинских работников не соответствует предъявляемым требованиям, отсутствуют инструкции по проведению преаналитического этапа

исследования (подготовка пациента к исследованию, правила взятия биоматериала, хранения препаратов, не проводится контроль качества реактивов, контроль качества окраски препаратов), нет СОПов по проведению аналитического этапа. В результате низкого качества красителей и/или недостаточного уровня подготовки исследователя делается по результатам микроскопии заключение о наличии так называемых «атипичных трихомонад», «разрушенных трихомонад». Обнаружение такого рода «феномена» в лабораториях ЛПУ города стало закономерным. Однако, он не описывается в приказе №1570 МЗ СССР «Методические рекомендации по диагностике гонореи и трихомониаза», так же он не известен в странах Западной Европы. Микроскопические препараты, в которых обнаружены *Neisseria gonorr.* должны передаваться в ЦСП для подтверждения с последующим сохранением препарата в лаборатории сроком 3 месяца во избежание спорных случаев.

Лабораторная диагностика наиболее распространенных и социально значимых ИППП должна строго руководствоваться научно обоснованными, регламентированными технологиями. Централизация лабораторных исследований является базовым элементом в реформировании лабораторной службы, обеспечивая

решение актуальных задач повышения экономической и диагностической эффективности исследований, улучшения качества предоставления медицинской помощи населению и отвечает мировым тенденциям организации лабораторий.

В связи с выше изложенным, актуальность вопроса о сохранении уже созданных Централизованных лабораторий для диагностики ИППП, укреплении их материально-технической базы и восстановления полномочий Централизованных лабораторий является очевидным.

Литература:

1. Global programme of AIDS and programme of STD. World Health Organisation/JAIDS-1998
2. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.К., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. - г. Москва, 2001 год.
3. Мошкин А.В., Долгов В.В. Обеспечение качества в клинической лабораторной диагностике. - г. Москва, 2004г.
4. Борисенко К.К. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем. - Издательство «Санам» г.Москва, 1998год.
5. СТ РК ИСО 15189-2008 Медицинские лаборатории Специфические требования к качеству и компетенции.

УДК 616.974+618.16-006.52-08

ПРЕПАРАТ "ЭПИГЕН-ИНТИМ" - СПРЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

К.С. Маусунбаев

КГКП «Кожно-венерологический диспансер», г. Семей

Резюме

Спрей Эпиген интим в комплексе с препаратом Индиол является высокоэффективным средством при лечении и профилактики папилломавирусной инфекции у мужчин и женщин, и может быть рекомендован к широкому использованию.

Түжырым

АДАМ АҒЗАСЫНДАҒЫ ГЕНИТАЛЬДЫ СҮЙЕЛДЕР ВИРУСЫН ЕМДЕУГЕ ҚОЛДАНЛАТЫН "ЭПИГЕН – ИНТИМ" СЕПКИШ ДӘРУМЕНІ

К.С. Маусунбаев

Эпиген – Интим " сепкиші Индиол дәруменімен бірге қолданылғанда генитальды сүйелдерді әйелдер мен ер адамдарда емдеу мен аурудың алдын алатын өте тиімді құрал болып табылады. Сондықтан кең қолданысқа шығарылуын ұсынуға болады.

Summary

THE DRUG "EPIGENES-INTIM" SPRAY IN THE TREATMENT OF GENITAL HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION

K.S. Mausunbaev

Spray Epigenes intim in combination with the drug Indinol is highly effective in the treatment and prevention of papillomavirus infection in men and women, and therefore can be recommended for widespread use.

В настоящее время не вызывает сомнения приоритетность и значимость проблем связанных с генитальными вирусными инфекциями. Раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, большое их количество на протяжении всей жизни, пренебрежение барьерными средствами защиты привело к резкому росту заболеваний передающихся половым путем, в том числе и папилломавирусной инфекции. ВПЧ поражающая аногенитальную область способны потенцировать рост доброкачественных и злокачественных опухолей, вызывая смертельные заболевания у лиц молодого возраста. При клинически установленном раке шейки матки, современными методами ВПЧ высокого онкогенного риска – 16, 18 типа, обнаруживается в 95 % случаев. [1] Прогрессируя во время беременности ВПЧ, способны в родах передаваться новорожденному, вызы-

вая папилломатоз гортани. [2] В связи с выше сказанным понятна актуальность проблемы лечения и профилактики ПВИ.

Остроконечные кондиломы - это образования на половых органах, похожие на цветную капусту, на ножке. Появление остроконечных кондилом всегда связано с повышенной активностью вируса папилломы человека в организме.

Вирус папилломы человека есть в организме каждого. Разные виды этого вируса могут вызывать появление родинок, бородавок, папиллом, участков гиперкератоза и т.д. Некоторые виды вируса вызывают появление остроконечных кондилом. Эти виды передаются только половым путем, поэтому остроконечные кондиломы относятся к группе ЗППП.

Вирус папилломы человека обитает в коже и слизистых оболочках половых органов. Количество вируса находится в четкой связи с состоянием иммунитета кожи и слизистых - чем выше активность иммунной системы, тем меньшее количество вируса содержится в них. Для того чтобы вирус мог проявить себя какими-либо симптомами, должно накопиться определенное его количество. А это возможно только при условии снижения местного иммунитета.[2]

Накопившись в большом количестве на участке кожи или слизистой, вирус изменяет функцию эпителиальных клеток. В результате они начинают бесконтрольно делиться, что приводит к разрастанию участка кожи и появлению остроконечной кондиломы.

В этой связи представляет интерес противовирусный препарат растительного происхождения «Эпиген» («Хеминова Интернейшнл, С.А.»). Действующим началом «Эпиген» является активированная глицирризиновая кислота. В корнях и надземных побегах солодкиголой содержатся соли глицирризиновой кислоты, флавононовые гликозиды и другие биологически активные вещества. Глицирризин – вид сапонина, один из компонентов водного экстракта корня солодки. Он известен своим противовоспалительным свойством. При гипогликемическом состоянии препараты, содержащие глицирризиновую кислоту, могут повышать сахар в крови. Аналогичный эффект наблюдается при применении солодкового корня в чистом виде. Кроме того, глицирризин и глицирризиновая кислота проявляют антиаллергическое, противовоспалительное, антибиотическое, противовирусное и интерферогенное действие, следовательно, эти препараты обладают многосторонней биологической активностью. Глицирризиновая кислота ингибирует ДНК и РНК вирусов. Она вызывает инактивацию вирусных частиц, блокирует внедрение активных вирусных частиц через мембрану внутрь клетки, нарушает синтез новых структурных компонентов вирусов.

При наружном и местном применении активированная глицирризиновая кислота депонируется в очагах поражения, системной адсорбции практически не происходит, в крови препарат определяется в следовых концентрациях. Это является неоспоримым преимуществом по сравнению с многими другими лекарственными средствами, так как Эпиген интим спрей не противопоказан в период беременности и лактации, которые являются фактором риска развития манифестным форм ПВИ вследствие физиологического снижения иммунной системы.

Целью работы была оценка эффективности действия препарата Эпиген интим спрей в лечении папилломавирусной инфекции у мужчин и женщин.

Материалы и методы исследования:

Под наблюдением находилось 42 больных (22 мужчины и 20 женщин) в возрасте от 18 до 48 лет с различными клиническими проявлениями папилломавирусной инфекции: 1-ую группу составили пациенты с плоскими папилломами наружных половых органов – 12 пациентов (28,6%), вторую – пациенты с остроконечными кондиломами 20 больных (47,6%), 3-ю группу – смешанные папилломовирусные инфекции: плоские папилломы и остроконечные кондиломы – 10 больных (23,8%).

Клинически: плоские кондиломы слегка возвышались над поверхностью слизистой, телесного или слегка розового цвета, мягкой консистенции.

Остроконечные кондиломы представляли образования тестоватой консистенции, имеющие дольчатое строение, по форме напоминали цветную капусту, располагались на тонкой ножке, вначале размером с мелкую горошину. При мацерации поверхность их становилась

ярко-красной, легко кровоточащей при травмировании.

У мужчин остроконечные кондиломы чаще всего располагались на венечной борозде полового члена и уздечке у 10 человек (45,5 %), реже - на головке, теле полового члена – у 3 (13,6 %), губках наружного отверстия мочеиспускательного канала - у 7 (31,8%). Очень неприятно появление кондилом в самом мочеиспускательном канале у 2 человек (9,1 %).

У женщин кондиломы наблюдались чаще всего на наружных половых органах в области малых половых губ у 7 пациенток (35 %), реже на больших половых губах - у 3 (15%), во влагалище – у 2 (10%), на шейке матки - у 3 (15%), в области губок мочеиспускательного канала - у 3 (15%), заднего прохода - у 2 пациенток (10%).

Субъективно больные ощущали дискомфорт, легкий зуд, почесывание, при мацерации – чувство боли, жжения в местах локализации папилломовирусной инфекции.

При лечении остроконечных кондилом должны быть решены две задачи - удаление самих кондилом и снижение количества вируса в организме.[3]

Для решения первой задачи всем пациентам была назначена монотерапия спреем Эпиген 2-3 дозы 3 – 5 раз в день в течении двух недель.

У 6-ти мужчин плоские папилломы разрешились в течении 7 дней. Остроконечные папилломы подвергались деструкции в течении 10- 12 дней. Через 15 дней наступило полное разрешение кондилом.

Наиболее быстрый эффект от проведенного лечения наблюдался у женщин при локализации папилломовирусной инфекции во влагалище – у 2 (10%), на шейке матки - у 3 (15%), в области губок мочеиспускательного канала - у 3 (15%). В указанных местах папилломы подверглись обратному развитию в течение 7 дней. На остальных местах локализации папилломовирусная инфекция подвергалась деструкции в течение 13 дней. Через 15 дней наступило полное разрешение кондилом.

Вторая часть лечения остроконечных кондилом заключалась в снижении концентрации вируса папилломы человека в организме. С этой целью был назначен Индинол по 2 капсулы 2 раза в сутки в течение 6 месяцев для исключения повторных рецидивов.

У исследуемой группы пациентов на фоне применения препарата «Эпиген-Интим» спрей не наблюдалось побочных эффектов. Рецидивов заболевания не было в течении 6 месячного наблюдения после проведенного лечения.

Литература:

1. Дмитриев Г.А, Биткина О.А. Папилломовирусная инфекция, Москва: Медицинская книга, 2006. стр. 80.
2. Евстигнеева Н.П. Папилломовирусная инфекция уrogenитального тракта женщин: эпидемиология, факторы персистенции, оптимизация ранней диагностики и профилактики онкогенеза: Автореф. Дис. ... докт. мед. наук., Москва: 2007. стр. 160.
3. Молочков А.В., Хлебникова А.Н., Баграмова Г.Э., Гуреева М.А. Противовирусная терапия в лечении генитальной папилломовирусной инфекции, Москва: 2011. стр. 24.
4. Мирнова В.А. Опыт применения препарата Эпиген – интим в комплексном лечении экзофитных кондилом гениталий, вызванных папилломовирусной инфекцией: ООО «Научно – медицинский центр «Медикур», Москва: 2009, стр. 12-14.
5. Шишкина О.И. Применение Эпиген интим спрей в лечении остроконечных кондилом. Медицинский центр «УЗИ студия», г. Новосибирск: 2009, стр. 17-19.

УДК 618.1+616.523-08

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОЙ
ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ЭПИГЕНОМ И ВИУСИДОМ****Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина****КГКП «Павлодарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар****ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ ҰШЫҚ ЖҰҚПАЛАР АУРУЛАРЫН
ВИУСИД ЭПИГЕНІМЕН ЕМДЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ****Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина**

Репродуктивті жастағы әйел адамдар жыныс мүшелерінің ұшық жұқпалар ауруларын зерттеу өзектілігі жоғары әлеуметтік-медициналық маңыздылығымен дәлелденген. Жыныс мүшелер ұшығын емдеудегі әсерлі әдістерін әзірлеу, емделушілердің жыныс мүшелеріндегі қайталанатын ұшығын емдеу проблемасын шешуде маңызды кезең болып табылады. Эпиген мен виусидпен жүргізілген кешенді ем клиникалық ұзақтығы 3 есе арту статистикасын, қайталану кезеңінің ұзақтылығының төмендеуін, ұшық вирусы жұқпасы бар науқастардың екінші иммундық дисфункциясының зертханалық көрсеткіштеріне оң әсерін тигізді.

Summary**THE RELEVANCE EPIGEN AND VIUSID REVEALED OF STUDYING GENITAL
HERPETIC INFECTIONS OF WOMEN AT REPRODUCTIVE AGE****G.V. Baisekenova, S.B. Sarsembayeva, L.K. Kalikova, S.V. Golovanev, E.S. Shilkina**

The relevance of studying genital herpetic infections of women at reproductive age has a high social and medical importance. Development of effective treatment methods of genital herpes is one of the main stages for solving the problem of effective treatment of patients with recurrent genital herpes. Conducted complex treatments using Epigen and Viusid revealed a statistically significant three time increase of clinics duration, decrease of relapse period, had a positive effect on laboratory features alignment of secondary immune dysfunctions of patients with herpetic viral infections.

Наиболее серьезную проблему для репродуктивного здоровья населения представляет рецидивирующая герпетическая инфекция. Терапия и профилактика ГГ в настоящее время заключается в применении ациклических нуклеозидов, общим недостатком которых является неспособность полностью элиминировать вирусы из организма, а также развитие резистентности к этой группе препаратов. Разработка новых эффективных методов лечения и профилактики генитального герпеса должна быть основана на изучении иммунопатологических изменений, способных повлиять на течение инфекции.

Появление новых препаратов с механизмом действия, отличным от ациклических нуклеозидов, эпигена и виусида может быть одним из важных этапов решения проблемы эффективного лечения пациентов с рецидивирующим генитальным герпесом.

Проведено клинико-лабораторное обследование 89 женщин в возрасте от 16 до 50 лет и более с клинической картиной рецидивирующего генитального герпеса в периоде рецидива. Контрольная группа состояла из 23 лиц (здоровые доноры). Критериями включения пациентов в исследование являлось: возраст от 16 до 50 лет и более; моногерпесвирусная инфекция (верификация комплексом лабораторных исследований); наличие клинических проявлений генитального герпеса; длительность течения генитального герпеса более 1 года; количество рецидивов не менее 3 в год; отсутствие приема иммуномодулирующих препаратов в течение последних 3 месяцев до включения в исследование; отсутствие тяжелых соматических заболеваний и другой патологии, изменяющих состояние иммунной реактивности.

Для оценки эффективности и безопасности комплексного метода лечения эпигеном и виусидом больные методом случайной выборки были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным демографическим и клиническим показателям.

1 группа (n=44) получали стандартную терапию,

включающую ацикловир в дозе 1,0 г в сутки в течение 10 дней. Местно – «Ацикlostад» 2 раза в день на очаги поражения.

2 группа (n=45) больных получали Виусид по 4,5 г 3 раза в день после еды в течение 21 дня. Местно – Эпиген в виде спрея 5 раз в день на очаги поражения.

Клиническая эффективность терапии оценивалась по динамике субъективных и клинических симптомов: длительности (соответствует времени достижения полной эпителизации) и степени тяжести клинического течения рецидива; длительности периода ремиссии; по изменению показателей иммунного статуса. Отдаленные результаты лечения оценивались в течение 3 месяцев амбулаторного наблюдения по количеству и степени тяжести рецидивов, длительности ремиссии.

Всего под наблюдением находилось 89 больных с рецидивирующим генитальным герпесом. Оценка эффективности лечения в группах осуществлялась по первичному (продолжительность субъективных симптомов – боль, зуд, жжение и время образования корочек) и вторичному критериям (время реэпителизации).

Ближайшие результаты лечения во 2-ой группе превосходили 1-ую группу: уменьшение боли к концу 6 дня наблюдалось у 77,7±6,2% и 43,2% соответственно по группам. Такая же тенденция наблюдалась при оценке субъективных симптомов к концу 6 дня наблюдения: исчезновение зуда – у 73,3±6,6% и 52,2±7,5%; уменьшение жжения – у 62,1±7,2% и 34,0±7,1% соответственно по группам.

Более положительная динамика установлена во 2 группе: впервые 6 дней у 35 (77,7±6,9%) больных уменьшился болевой синдром, купировалась лихорадка у 41 (91,1±4,2%), остановились новые высыпания у 33 (73,3±6,6%). Так, к окончанию 6 дня у наибольшего числа больных 2 группы процесс закончился образованием корочек у 75,7±6,4% против 34,0±7,1%, в среднем образование корочек наблюдалось через 4,62 дня против 6,8 дня в 1 группе.

Таблица 6 – Динамика клинических показателей в процессе лечения стандартной (1 группа) и комплексной терапии Эпигеном и Виусидом (2 группа)

	1 группа (n=44)			2 группа (n=45)		
	1 нед.	2 нед.	3 нед.	1 нед.	2 нед.	3 нед.
Первичный критерий						
Исчезновение зуда	6	17	22	11	22	12
	13,6±5,2	38,6±7,3	50,0±7,5	24,4±6,4	48,9±7,4	26,7±6,6
Уменьшение боли	7	12	25	11	24	10
	16,0±5,5	27,2±6,7	56,8±7,5	24,4±6,4	53,3±7,4	22,2±6,2
Уменьшение жжения	3	12	29	8	20	17
	6,8±3,8	27,2±6,7	65,9±7,1	17,7±5,7	44,4±7,4	37,7±7,2
Образование корочек	2	13	24	13	21	11
	4,5±3,1	29,5±6,9	54,5±7,5	29,0±6,8	46,7±7,4	24,4±6,4
Вторичный критерий						
Эпителизация эрозий, язв	3	10	31	7	8	20
	6,8±3,8	22,7±6,3	70,5±6,9	15,5±5,4	40,0±7,3	44,4±7,4
Примечания						
1 Числитель – абс.число. 2 Знаменатель – относительное число.						

Оценка признаков по вторичному критерию продемонстрировало такую тенденцию: число больных 2 группы с реэпителизацией в первые 6 дней лечения в 1,8 раза превосходило 1 группу: 55,5% против 29,5% соответственно. К моменту окончания срока наблюдения число больных 2 группы составило лишь 44,4% против 70,5% 1 группы. Эпителизация эрозий по срокам была следующей: во 2 группе – на 5,0 день, в 1 группе – на 7,6 день, что в 1,5 раза быстрее.

Проведенное комплексное лечение эпигеном и виусидом позволило получить статистически значимое в 3 раза увеличение длительности клинической ремиссии в отдаленном периоде во 2 группе с 2 мес до 12,3 мес, в 1 группе с 1,9 мес. до 3,9 мес. Продолжительность рецидива во 2 группе до лечения составила 8,1 день, то после проведенного лечения – 3,0 дней; в 1 группе – 8,1 и 5,2 дня соответственно. Результаты клинических исследований показали, что Эпиген и Виусид в исследованных дозах хорошо переносятся больным, не вызывают аллергических реакций.

Таким образом, проведенное комплексное лечение эпигеном и виусидом позволило получить статистически значимое в 3 раза увеличение длительности клинической ремиссии в отдаленном периоде по сравнению со

стандартным курсом терапии (ацикловиром) с 2 мес. до 12,3 мес (против 1,9 мес. – 3,9 мес), снижением длительности периода рецидива с 8,1 день до лечения до 3,0 дня после лечения (против 8,1 и 5,2 дня соответственно). Эпиген и виусид не вызывают побочных эффектов, хорошо переносятся больными.

Литература:

1. Барановская Е.И., Жаворонок С.В., Супрун Л.Я., Воронецкий А.Н. Особенности течения беременности и родов у больных с герпесвирусными инфекциями // Акушерство и гинекология, 2004, 5, 49-50.
2. Жаров С.Н., Лучшев В.И., Помазанов В.В. Результаты применения препарата на основе глицирризиновой кислоты в комплексной терапии больных хроническим гепатитом С // Инфекционные болезни, 2003, т.1, 1, 70-74..
3. Земсков В.М., Лидак М.Ю., Земсков А.М., Микстайс УЛ. Низкомолекулярная РНК. Рига, Зинатне, 1985.
4. Snowden W., Manohitharajah V., Crooks J. Antiviral sensitivity of herpes simplex isolates from patients participating in the valacyclovir genital herpes simplex programme // Antiinfective Drugs Chemother, 1998, 16 (suppl 1), 19.

УДК 616.649+616.9-071

ПОЛИМЕРАЗНАЯ ЦЕПНАЯ РЕАКЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВИРУСНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Е.В. Зонова, Ж.Н. Нурмухамбетов, Р.М. Жаманбашинова, А.Ж. Нурмухамбетова, М.О. Курбанов, Н.Т. Нахатова

Централизованная лаборатория ОКВД, г. Усть-Каменогорск,
Государственный медицинский университет, г. Семей

ТҰжырым

ПЦР АРҚЫЛЫ ВИРУСТЫ УРОГЕНИТАЛЬДЫ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ

Е.В. Зонова, Ж.Н. Нурмухамбетов, Р.М. Жаманбашинова, А.Ж. Нурмухамбетова, М.О. Курбанов, Н.Т. Нахатова

Көрсетілген ПЦР арқылы тексеру нәтижелері адамның папиллома вирусының 16/18 түрін зерттелген аурулардың 10% -де анықталатынын дәлелдейді. Авторлардың пікірі бойынша ПЦР анализы ПВИ диагностикалауда скрининг ретінде пайдалану қажет, өйткені оның көмегімен қысқа мерзімде адамдардың үлкен топтағы тексеру нәтижелерін алуға болады. Дәй тұрғанмен, көп жағдайда ВПЧ ДНК-сын зерттеу нәтижелері инфекцияның бар екенін көрсетеді, ал жатыр мойын қатерлі ісігі болуының болжамын жасай алмайды.

Summary

POLYMERASE CHAIN REACTION IN DIAGNOSTICS OF VIRAL URINOGENITAL INFECTIONS**E.V. Zonova, Zh.N. Nurmukhambetov, R.M. Zhamanbalinova, A.Z. Nurmukhambetova, M.O. Kurbanov, N.T. Nahatova**

The presented results of studies using PCR have shown that the frequency of detection of Human Papilloma Virus 16/18 type of the examined patients was 10%. The authors believe that PCR analysis should be used in the diagnosis of PVI as the screening because it can be used reliably in short time to obtain the results for large groups of examinees. However, in many cases, the positive result of HPV DNA studies indicate only the presence of infection, but will not reliably predict the development of cervical cancer.

Папилломавирусная инфекция принадлежит к группе инфекций, передаваемых половым путем, о чем свидетельствуют многочисленные эпидемиологические данные. В настоящее время описано около 70 типов вирусов папилломы человека (ВПЧ), однако только некоторые из них представляют значительную угрозу для здоровья. Наиболее значимым с этой точки зрения является вирус 16 типа HPV 16 [2]. Многочисленные литературные данные указывают на однозначную связь между данным типом вируса и цервикальным раком. Цервикальный рак занимает второе место по распространенности среди опухолевых заболеваний у женщин. Важным эпидемиологическим фактором в распространенности этого заболевания является раннее начало половой жизни и частая смена партнеров. В 90% случаев в биопсийном материале цервикальных карцином обнаруживается ДНК HPV 16 [5]. В последние годы получены новые данные на молекулярном уровне, подтверждающие онкогенность вируса папилломы. Установлено, что белки E6 и E7, кодируемые HPV 16, способны вызывать клеточную трансформацию. Показано, что белок E7 взаимодействует с клеточным белком p53- супрессором трансформации клеток, и вызывает его деградацию, что открывает путь к перерождению инфицированной вирусом клетки. Таким образом, HPV 16, если и не является прямой причиной цервикального рака, то с высокой долей вероятности способствует его развитию. Другие типы вируса папилломы (HPV6 и 11) вызывают появление остроконечных генитальных кондилом [5].

Впервые рак шейки матки описывается как заболевание, передающееся половым путем, в статье Rigoni-Stern, датированной 1842 годом. На обширном статистическом материале автор исследует проблему возникновения данного заболевания и приходит к выводу, что рак шейки матки встречается чрезвычайно редко среди девственниц, причем разных возрастных групп, и весьма распространен среди женщин, ведущих активную половую жизнь [3]. Хотя причины возникновения этого опасного для жизни заболевания не были известны, его эпидемиологические характеристики указывали на наличие инфекционного агента, распространяющегося в человеческой популяции при половых контактах. За последнее десятилетие накоплены многочисленные цитологические, иммуногистохимические данные, указывающие на прямую связь между папилломавирусной инфекцией и возникновением цервикального рака [5].

По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 600000 случаев этого вида опухоли и, несмотря на проводимые лечебные мероприятия, смертность от рака шейки матки составляет 45-50%. По мнению многих авторов, возникновение данного заболевания ассоциировано с вирусами папилломы человека, передающимися при половых контактах [1].

Многoletние наблюдения Syrjanen K. С соавт. (1986) женщин, инфицированных вирусами папилломы человека (HPV), позволили прийти к выводам о том, что HPV является инфекцией, передающейся половым путем, и может считаться фактором риска в возникновении предопухолевых состояний и рака шейки матки, а

также может длительное время существовать в латентном состоянии с трансформацией в опухоли при взаимодействии с другими канцерогенами и инфекционными агентами. По итогам 4-летних наблюдений папилломавирусная инфекция в 15-20% случаев заканчивается возникновением той или иной онкологической патологии генитальной сферы [4].

С появлением молекулярных методов исследования (гибридизация и амплификация нуклеиновых кислот) появилась возможность детально изучать структуру вирусов папилломы человека. В настоящее время описано более 70 типов вирусов, циркулирующих в человеческой популяции. Клинически все папилломавирусы человека подразделяются на три типа: «низкого риска» HPV-6,11,42,43,44, «среднего риска» HPV-31,33,35,51,52,58 и «высокого риска» HPV-16,18,45,46.

Высоким онкогенным потенциалом обладают вирусы типа 16 и 18, которые обнаруживаются у 95% женщин с цервикальным раком. Помимо эпидемиологических данных существуют многочисленные экспериментальные подтверждения онкогенности HPV. Установлено, что HPV тип 16 и 18, ассоциированные с раком шейки матки, способны трансформировать эпителиальные клетки *in vitro*. Трансфекция нормальных кератиноцитов молекулами ДНК вирусов высокой группы риска (16,18,31 и 33) приводит к иммортализации клеток мишеней, которая сопровождается высокой транскрипционной активностью вирусных генов и интеграцией вирусного генома в клеточный. Аналогичные эксперименты по трансфекции клеток молекулами ДНК, выделенными из вирусов «низкой» группы риска, не приводят к подобным эффектам. Для эффективной трансформации первичных клеточных линий, полученных из эпителия шейки матки, помимо вирусного генома необходима активация клеточных онкогенов Harvey ras. Интеграция вирусной ДНК, вероятно, способствует неоплазии, так как в большинстве клеточных линий, полученных из цервикальных карцином, обнаружены интегрированные копии вирусных геномов. Пролиферативная активность клеток, содержащих HPV, вероятно обусловлена экспрессией генов E6 и E7 [2].

С появлением полимеразной цепной реакции в арсенале диагностических методов выявление вируса в урогенитальных пробах предельно упростилось. ПЦР позволяет не только с высокой чувствительностью обнаружить ДНК вируса, но и определить его тип, что исключительно важно в прогнозировании заболевания. Было установлено, что ПЦР обладает достаточной чувствительностью для обнаружения вируса в моче, что имеет большую практическую ценность, так как позволяет, прибегая к неинвазивным методам, проводить широкие эпидемиологические исследования [3].

В централизованной серологической лаборатории ОКВД города Усть-Каменогорска были проведены исследования с помощью полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией в агарозном геле с использованием тест-систем «Ампли – сенс ВПЧ 16 / 18 тип » НИИ Эпидемиологии МЗ РФ г.Москва, прошедших государственные испытания.

Таблица 1. - Результаты исследований на наличие ДНК вируса папилломы человека 16/18 типа методом ПЦР

Наименование исследований	2010 г.	Количество положительных результатов	2011 г.	Количество положительных результатов
метод ПЦР на наличие ДНК ВПЧ 16 / 18 типа	10	1	192	19

Представленные данные показывают, что частота выявляемости вируса папилломы человека 16/18 типа у обследованных нами пациентов составляет 10%.

Авторы этих и других аналогичных тест-систем справедливо полагают, что наборы для ПЦР-анализа необходимо использовать при диагностике ПВИ в качестве скрининговых, поскольку с их помощью можно достоверно и в короткие сроки получить результаты для значительных групп обследуемых [1].

Вместе с тем применение ПЦР-анализа приводит к значительной гипердиагностике, поскольку во многих (до 80%) случаях инфицирование вирусами папилломы кратковременное и заканчивается их элиминацией и санацией организма. Другими словами, положительный результат исследования ДНК ВПЧ свидетельствует лишь о наличии инфекции, но не позволяет достоверно прогнозировать развитие цервикального рака.

Литература:

1. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. «Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей» г. Санкт – Петербург, 2000год.
2. Дмитриев Г.А. «Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекций» г. Москва, 2007 г.
3. Кубанова А.А. «Комплексная иммунологическая и молекулярная диагностика папилломавирусной инфекции у больных и определение формирования злокачественной трансформации эпителиальных тканей» г. Москва, 2005 г.
4. G. Cros, S. Jablonska, H. Pfister, H. E. Steger «Genital Papillomavirus Infections» 1989
5. Surjanen K. «Human papillomavirus (HPV) infections of the female genital tract and their associations with intraepithelial neoplasia and squamous cell carcinoma».1986

УДК 616.974+616.523-08

ЖЫНЫСТЫҚ ҰШЫҚТЫҢ ЕМІНДЕ РОНКОЛЕЙКИНДІ ҚОЛДАНУ

К.С. Маусунбаев

Семей қаласының тері және венералық аурулар диспансері

Тұжырым

Жыныстық жолмен жұғатын вирустық инфекциялар арасында жыныстық аймақтағы ұшық жиі кездесетін аурудың бірі. Мақалада иммуностимулятор Ронколейкинді жыныстық ұшықта қолдану тәжірибесінің нәтижелері көрсетілген.

Резюме

ПРИМЕНЕНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

К.С. Маусунбаев

В статье иммуностимулятор Ронколейкин рекомендуется в качестве высокоэффективного лекарственного средства в лечении генитального герпеса. Препарат не вызывает осложнений и хорошо переносится больными, а так же может быть рекомендован для широкого применения в лечении данной патологии.

Summary

APPLICATION RONCOLEUKIN TREATMENT OF GENITAL HERPES

K.S. Mausunbaev

Roncoleikin is described in the article like high effective and safe medical remedy for Herpes genitalis treatment. This remedy doesn't cause any complications and may be recommended for broad using.

Вирусология саласында жүргізілген зерттеулерге қарамастан, вирустық-ұшық инфекция мәселесі өзектілігін жоғалтқан жоқ, керісінше әр саладағы мамандарды осы мәселені зерттеуге өз үлестерін қосуға итермелейді. Жыныстық жолмен жұғатын аурулар жыл сайын бүкіл әлем бойынша өсуде, оның ішінде соңғы жылдары жыныстық ұшықпен аурушандылықтың өсуі байқалады.

Жыныстық жолмен жұғатын вирустық инфекциялар арасында жыныстық аймақтағы ұшық жиі кездесетін аурудың бірі.

Жыныс аймағындағы ұшық – жыныстық қатынас арқылы жұғатын көп таралған жұқпалы ауру. Соңғы жылдары жыныс аймағындағы ұшықпен сырқаттандың өсу қарқыны байқалуда, әсіресе аурудың симптомсыз және атипиялы түрлері үшін жұқпаның берілуіне бақылау жасау мүмкін болмайды.

Жыныстық ұшық Herpesviridae тұқымдасына жатады. Herpesviridae тұқымдасының 70-тен астам түрі бар, оның ішінде адам ағзасы үшін патогенді болып жай ұшықтың 1 және 2 түрі (ВПГ-1 Және ВПГ-2), желшешек вирусы, белдемелі ұшық, цитомегаловирус (ЦМВ), Эпштейн-Барр вирусы (ВЭБ), адамдағы 6 – түрлі вирус (АҰВ-6), адамдағы 7 – түрлі вирус (АҰВ-7), адамдағы 8 – түрлі вирус (АҰВ-8) табылады. Адам ағзасы үшін АҰВ-8 түрі қауып төндіреді. Сондай-ақ қазіргі кезде жыныстық ұшық вирусының бірінші және екінші түрлерінің тұрақты өсуі байқалады.

Ұшықтың қоздырғышы бұл ДНК-сы бар вирус. Ол адамның генетикалық аппаратының жасушасына кіреді де, жұқпаның дамуын қамтамасыз етеді. Вирус ағзаға түскеннен соң және қысқа инкубациялық кезеңнен кейін (2 күннен 10 күнге дейін) жыныс аймағындағы ұшықтың алғашқы кезеңі басталады. Вирус енген

жерде жергілікті қабыну үрдісі салдарынан, яғни баллонирлеуші дегенерация нәтижесінде ішінде мөлдір немесе лайлы сұйықтығы бар кішкентай көпіршіктер – vesicular пайда болады. Науқас бөртпелер шыққан жерде ауырсынуды және ыңғайсыздық пен қышуды сезінеді. Еркектерде ұшықтық бөртпелері жыныс мүшесі мен жыныс мүшесі басының терісінде, анус және ұма аймағында анықталды. Әйелдерде клиникалық өзгерістер үлкен және кіші жыныс еріндерінің ішкі беттерінде, қынап қабырғасында және жатыр, шап аралық аймағында орналасады.

Жалпы белгілерден дене қызуы көтеріледі, қалтырау, неврологиялық бұзылыстар т.б. белгілер байқалуы мүмкін. 1-2 тәліктен кейін кішкентай көпіршіктер жарылып, олардың орынында эрозия пайда болады да, ешбір емсіз 3-20 күнге дейін өздігінен жазылып кетуі мүмкін.

Экологиялық жағымсыз жағдайлар жыныстық ұшықтың кең таралуына себеп болды. Сондай-ақ өмір сүруде әлеуметтік жағдайдың нашарлауы, жиі суық тиіп науқастану, жиі күйзеліс, медикаментозды препараттарды бақылаусыз қолдану, физикалық күштің шамадан тыс түсуі, басқа жыныстық жолымен жұғатын аурулар тәрізді себептер адамның иммунды жүйесінің әлсіреуіне әкеледі, яғни ол жыныстық жолымен жұғатын аурулардың, оның ішінде жыныстық ұшықтың таралуына әсер етеді. Ауру 50 пайыздан жоғары жағдайда науқастарда психологиялық ыңғайсыздық тудыратын, яғни қайталануды көрсетеді (ол орташа жылына 5-6 реттен көп). Оның ішінде жасырын, созылмалы қайталама ағымдағы ауру жағымсыз жағдайларға әкеледі.

Жыныс ұшығы диагностикасы иммунды ферментті анализ (ИФА) әдісімен жүзеге асады (IgM, IgG HSV1/2 классындағы арнайы антиденелердің деңгейін анықтау). Иммунды ферментті анализ әдісінің 30-дан астам түрі бар. Қабылдаған емнің нәтижесі патологиялық симптомдардың өршуі, қалдық көріністерінің жиілігімен, антиденелер деңгейімен бағаланды.

Барлық ұшық вирусында иммунносупрессивті әсері анық байқалады, иммунитет реакциясының жасушалық (клеткалық) және сұйықтық (гуморалдық) тетіктерінің басым бүліністерімен көрінеді. Вирустар Т-лимфоциттеріне өте үйір болып келеді. Ұшық инфекциясына иммунды жауапты басты жауап қайтаратын (эффектор) жасушалар популяциясы Т-жасуша CD4+ атқарады. Олар макрофагтарды белсендіреді, яғни ол вирустың ағзадан шығарылуын жылдамдатады. ЖҰ-ға жауап ретіндегі негізгі цитокин болып ИФН-γ табылады. Интерферон әсерінен қатардағы жасушалардың қорғаныс механизмы белсендіріледі, вирусты инфекцияға төзімділік қамтамасыз етіледі. ИФН, индикатор өнімі Т-жасушаларының митогендері (лектиндер, оксидантар, антилимфоцитарлы, сары су және иммунаглобулин фрагменттері) спецификалық антигендер және аллоантигендер, көптеген иммуномодуляторлар. ИФН спецификалық антигенді бактерияларға және вирустардың ситезделуіне жауап қайтарады. Сезімталдық инфекцияның жасушасы индукциялық митогенге қарағанда, симуляциялық антигенді тез синтездейді.

Стимулденген Т-лимфоциттері ИФН (иммунды интерферон) өндіруін көрсетеді. Индуцирленген ИФН синтезінің қабілетімен Т-лимфоцитінің белгілі бір субпопуляциялық түрі бар: CD3+, CD4+, CD8+ және CD11+ жасушалары тек көмекші жасушасының да болуы моноциттер, макрофагтар және В жасушалары.

Барлық мүмкіншілік, ИФН ситезіне тәуелді болып табылған, көмекші жасушасының бар болуы қабілетімен

соңында ИЛ-1 бөліп шығарумен түсіндіріледі. ИФН синтезінің қатысуымен тікелей қабылдайды. Т-лимфоциттері көмекші жасушаларының қатысуымен синтезге қабілетті екені табылған. Көмекші жасуша кызметінің маркері жасушаның мембрананың индекаторда туыстастығы анықталады.

Көптеген авторлардың пікірі бойынша, дәрігердің алгоритм диагностикасы және емі вирустық инфекциясы бар науқасты емдеуде келесі кезеңдерді қамту керек:

- Жалпы және арнайы вирусқа қарсы иммунитет көрсеткіштерін зерттеу арқылы иммунитет бұзылысын анықтау.

- Патогенетикалық иммундық ем иммуномодуляторлардың көмегімен анықталған иммунитет бұзылысын түзету мақсатында.

- Жүргізілген иммундық емнен кейін ем тиімділігін анықтау үшін қайта иммунологиялық тестілеу жүргізу.

Сонымен иммунологиялық критериилерді (иммундық статусың көрсеткіштерінің қалыпқа келуі) емнің тиімділігін бағалау үшін қолдану қажет.

Қайталамалы ұшықтың өршуінің алдын-алу және емдеу қазіргі кезде этиотропты және иммунотропты әсері бар дәрілерді қолдану болып табылады. Вирустық-ұшық инфекцияның қазіргі кездегі химиотерапиясы вирустың жеке буындарының өнімдерін іріктеу арқылы ғана тежейді, ал микроорганизм жасушасына әсер етпейді. Вирустық ұшық инфекцияның жиі қайталануы патогенетикалық емнің қажеттігін тудырады. Бүгінгі таңда вирусқа қарсы препараттар ағзадан вирустың толықтай жоғалуын қамтамасыз ете алмайды. Бұған ЖҰВ-ның мутациялық үрдіске генетикалық бейімділігі, ДНК полимераза генінің белсенділігі вирустың әр-түрлі штаммдарының пайда болуына әкеледі және жүргізілетін емге төзімділіктің жылдам пайда болуымен байланысты. Вирустық инфекцияда тағайындалатын жиынтықтық ем науқастарда емнің клиникалық тиімділігін жоғарылатады. Сондықтан - да жүргізілетін емнің нәтижелігі үшін науқастарға емдеу әдісінде жаңа иммунды жүйені күшейтуге бағытталған заттарды енгізу қажеттілігі туындайды. Созылмалы және қайталамалы вирустық инфекциясы бар науқастардың емінде пациентті жүргізу тактикасына зор көңіл бөлу, науқаспен өзара сенімді психологиялық қатынас тудыру, оптималды дәрілік заттарды және емдеу үлгісін таңдау, кейіннен диспансерлік бақылау жүргізу науқасқа иммунореабилитация және психотерапиялық қолдау көрсету.

Зерттеуге алынған науқастарға жыныстық ұшық диагнозы қойылған. Олар өздерінің қалауы бойынша қатысатыны туралы қолхат қалдырады. Ғылыми тәжірибеге жыныстық ұшықпен науқастанған 30 адам қатысты. Науқастар екі топқа бөлінді: зерттелуші және қадалағашы. Олар 15 науқастан құралады. Екі топтағы кешенді емдеуге вирусқа қарсы препараттар, ауырсынуды басатын, сезімталдықты жоятын және дәруменді препараттарды емдік дозада тағайындады. Зерттелуші топ 15 науқас ронколейкин препаратын комплексті ем құрамында қабылдады және қалған 15 науқас жыныстық комплексті емді ронколейкинсіз қабылдады. Екі топқа бөлу олардың жынысына, жасына, клиникалық диагнозы бойынша тең болып келеді. Жасалған терапия бақылау тобындағы науқастарға жақсы нәтиже берді.

Ұшықтық үрдістің ағымының ауырлығын бағалау асқын жиілігімен ремиссияның ұзақтылығын есепке ала отырып жүргізілді. Иммунологиялық зерттеулер барысында иммунды жүйеде бірқатар реактивті өзгешеліктер байқалды оның өзгешелігі жетілген Т-лимфоциттердің (CD3+) салыстырмалы түрде мөлшері

төмендейді, Т-хелперлер CD3+CD4+, киллер жасушалары (CD3+, CD16+, CD56+) және Т-цитотоксикалық лимфоциттердің (CD3+, CD8+) мөлшері жоғарылады. Бақылау тобындағы аурулардың, айтарлықтай өзгерістері тіркелмейді. Нақты өсуі анықталмаса да, ем қабылдағаннан кейін, жалпы Т-лимфоциттердің (CD3+) оңтайлы өсуі бақыланды. Т-хелперлердің (CD3+, CD4+) мөлшері ем қабылдағаннан кейін көтерілсе де, қалыптағы жағдайдағыдан төменірек болады. Ал құрамындағы цитотоксикалық Т-лимфоциттердің (CD3+, CD8+) жоғарғы мөлшері сақталды. Иммунореттелу индексында айтарлықтай белгілері білінбеді. Одан басқа, берілген топтағы ауруларда CD19+ лимфоциті мен CD16+ лимфоцитінің төмендеуі тіркелді.

Екі топтағы науқастарда емді жақсы қабылдады, ешқандай кері әсерлері байқалмады. Вирусты инфекция емі аяқталғаннан кейін, орташа 1ай-дан соң, бақылаушы топтағы науқастарда клиникалық жақсару көрсеткіштері оң серрологиялық нәтижемен көрініс берді.

Қанның ВПГ антиденелеріне спецификалық қорытынды зерттеулері көрсетті: негізгі топтың 12 наукасында Ig-M- жоқтығы анықталды, Ig-G классының антиденелерінің титрының төмендеуі 9 наукаста байқалды. Бақылау тобындағы 8-наукаста Ig-M- төмендеуі байқалды. М-классындағы антиденелердің негитивациясы 11наукаста байқалды. 3 наукаста G классының антиденелерінің титры жоғарылады. Зерттелуші топтағы 2 наукаста Ig-G классының антиденелерінің титрының төмендеуі байқалды.

Біз алған мәліметтер бойынша ронколейкин жыныстық ұшыққа қарсы кешенді емде жоғары нәтижелі иммуностимулятор. Препарат асқыну тудырмайды және науқастар жақсы қабылдады және осы патологияда кеңінен қолдануға ұсынуға болады.

Әдебиеттер:

1. Борисетов К.К. Генитальный герпес. Бюллетень для врачей и фармацевтов. – 1999; 1(21): 3- 11
2. Beutner K.R., Broun Z.A., Cates W.I. et al. Genital herpes: A Clinicians Guide to Diagnosis and Treatment. JAMA 1997; 40.
3. Гладыко О.В. Оптимизация терапии рецидивирующего генитального герпеса// Автореф. Дис.к.м.н. – Санкт – Петербург. 2003 с.22.
4. Кузовкова Т.В. Клинико-иммунологическая характеристика больных генитальным герпесом клинической и субклинической формами. (Вопросы терапии, профилактики рецидивов) // Автореф. дис. к.м.н. – Екатеринбург. 2000 с.22.
5. Наби-Заде К.Т. Генитальный герпес. // Инфекции, передаваемые половым путем. 2002. №5. С.28 – 30.
6. Киселев О.И., Покровский В.В., Юрин О.Г. Практическое руководство. – М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. 2002. С.91.
7. Кубанова А.А. Герпетическая инфекция: особенности течения, диагностика. // Вестник дерматологии. 2000. - №3. С.10 – 16.
8. Чигвинцева Е.А. и др. Лабораторная идентификация различных типов семейства Herpesviridae и алгоритмы диагностического обследования при генитальном герпесе: Пособие для врачей – Екатеринбург. 2005. С.28.

УДК 616.974-07

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Н.Е. Аукунов

Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

Автором был улучшен микроскопический метод диагностики урогенитального хламидиоза, путем добавления 2% ДМСО, позволивший увеличить чувствительность метода до 30%.

Түжірім

ХЛАМИДИЯ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЫНЫҢ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

Н.Е. Аукунов

Урогенитальды хламидиозды диагностикасында микроскопиялық әдіс 2% косу жолымен ДМСО, сезімталды әдісті 30% жоғарлату мүмкіндігін авторлармен жетілдірді.

Summary

LABORATORY DIAGNOSTICS CHLAMYDIA INFECTIONS

N.E. Aukunov

Author had been improved a microscopic method of diagnostics urogenital chlamydiosis, by addition of 2 % DMSO, allowed to increase sensitivity of a method to 30 %.

Хламидийная инфекция за последнее время приобрела широкое распространение во всем мире. По данным ВОЗ (1) в мире ежегодно регистрируется около 90 млн. новых случаев урогенитального хламидиоза (УХ). В России уровень инфицированности среди дееспособного населения составляет 18,6% (2). Этот показатель значительно повышается при обследовании групп риска в частности, у пациентов кожно-венерологических учреждений, которые встречаются в 25-50% случаев (3), в гинекологии у 23-45% больных (4). В Казахстане выявляемость среди обратившихся в кожно-вен. учреждения составляет 31,6%, среди больных с отягощенным аку-

шерским анамнезом частота выявления УХ составляет - 43,4% (5).

В связи с этим актуален вопрос об совершенствовании скрининговых методов диагностики хламидийной инфекции. Недорогим, простым и быстрым в исполнении является микроскопический метод диагностики УХ, заключающийся в обнаружении в мазках окрашенных по Романовскому-Гимза цитоплазматических включений, образуемых Ch. trachomatis в эпителиальных клетках (6).

Целью настоящего исследования явилось сравнения чувствительности двух микроскопических методов диагностики урогенитального хламидиоза.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 32 больных, обратившихся с жалобами в венерологический кабинет Семейского городского кожно-вендиспансера. Среди них 21 мужчина (65,6%) и 11 женщин (34,4%). По возрастным группам они распределились следующим образом: в возрасте от 18 лет до 30 лет обратилось 21 (65,6%), старше 30 лет 11 (34,4%) человек. У большинства из них (78%) были воспалительные изменения урогенитального тракта: кольпиты, циститы, пиелонефриты, аднекситы, уретриты, простатиты.

Материалом для анализа служили соскобы с уретры и цервикального канала у женщин. Один мазок окрашивался по Граму, второй по Май-Грюнвальду-Романовскому-Гимзе, третий по Папенгейму (Май-Грюнвальду-Романовскому-Гимзе) в нашей модификации с добавлением 2% диметилсульфоксида (ДМСО). Применение ДМСО основано на его способности, проникать через биологические мембраны, клеток и клеточных структур.

При микроскопии наблюдали клетки цилиндрического эпителия, содержащие специфические цитоплазматические включения (Хальберштеттера-Провачека) в

виде элементарных телец розового цвета, ретикулярных телец синего цвета, ядра были бордового, цитоплазма голубого цвета при окрашивании по Романовскому-Гимзе. Верификацию диагноза проводили также в ИФА и ПЦР методами. Весь биоматериал во время исследования нами собирался тщательно, и количество было достаточным для проведения анализа.

При исследовании мазков, окрашенных по Май-Грюнвальду-Романовскому-Гимзе, цитоплазматические включения были выявлены у 9,4% обследуемых (n=3), и у 28,1% (n=9) при окраске мазков по Май-Грюнвальду-Романовскому-Гимзе в нашей модификации с добавлением 2% ДМСО. У всех 9 больных диагноз микроскопически был подтвержден другими дополнительными методами диагностики хламидиоза. В 100% случаях были обнаружены специфические изменения характерные для урогенитального хламидиоза при исследовании мазков методом ПИФ.

Частота выявления хламидий в зависимости от метода диагностики при использовании различных методов окраски представлены в таблице №1:

Таблица №1.

Показатель	Метод окраски по Май-Грюнвальда-Романовскому Гимзе	Метод окраски по Май-Грюнвальда-Романовскому Гимзе+2% ДМСО
Кол-во обследован. больных	32	32
Кол-во полож. результатов	3	9
% выявляемости	9,4	28,1

Таким образом, данные настоящего исследования показали высокую степень информативности предложенного нами метода микроскопической диагностики хламидийной инфекции. По нашему мнению, с учетом доступности, небольших материальных затрат, легкости выполнения модифицированный микроскопический метод – окраска по Май-Грюнвальду-Романовскому-Гимзе с добавлением 2% ДМСО – может быть использован в качестве предварительного на первичном этапе диагностики урогенитального хламидиоза и отбора больных, которым в последующем показаны более специфические методы исследования.

Литература:

1. Заболевания, передаваемые половым путем. Пресс-релиз. ВОЗ. 25.05.1995. Заболевания, передаваемые половым путем. М 1995; 5 81-82.
2. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. Эпидемиология хламидийной инфекции в крупном про-

мышленном центре Западной Сибири, Вестник дерматологии и венерологии 2001;1:54-57.

3. Редько И.И. Сравнительная характеристика прямых микроскопических методов лабораторной диагностики хламидийной инфекции у новорожденных детей. Клиническая лабораторная диагностика, №8, 1999г.с.34-35

4. Ниармедик (НИИ ЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН). Руководство для врачей. М 1996; 4-6.

5. Нурушева С.М., Акышбаева К.С., Котлерова Т.Н. и др. Факторы относительного риска развития хламидийной инфекции //Сборник Проблемы инфекции в акушерстве, гинекологии, дерматовенерологии и урологии» Алматы 1998г.с.178-182.

6. Цинзерлинг А.В., Шастина Г.В., Ветров В.В., Цитологическое исследование мазков из уретры и эндоцервикса для диагностики инфекции. Вестник Акушерства и гинекологии 1991 №4 с.65-68.

УДК 616.974-055.2

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН

Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина

КГКП «Павлодарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар

Тұжырым

ӘЙЕЛ АДАМДАРДЫҢ ХЛАМИДИЯЛЫҚ ЖҰҚПРАЛАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина

Хламидиоз – жыныстық жолмен таралатын жұқпалардың ең таралған дерт. Әлемде жыл сайын 90 млн. адам хламидиоз ауруына шалдығады. Жыныс жолдардың төменгі бөліктерінің барлық қынап қабыну жұқпалары оның үлесінің ½ келеді. Хламидиялық жұқпа процесінің клиникалық бейнесі жасырын ағыммен және белгілерінің аз болуымен сипатталады. Бірегей циклді дамуының және жасуша ішіндегі паразитизм салдарынан хламидиоз созылмалы түрде көшіп, бедеулік сияқты асқынуларға әкеп соқтыруы мүмкін.

Summary

CLINICAL MANIFESTATIONS OF CHLAMYDIA INFECTIONS IN WOMEN

G.V. Baisekenova, S.B. Sarsembayeva, L.K. Kalikova, S.V. Golovanev, E.S. Shilkina

Chlamydia is one of the most widespread diseases, sexually transmitted infections. Every year in the world suffered from chlamydial infection of about 90 million people. It accounts for up to 1/2 of all vulvovaginal/nyh of the lower genital tract infections Division. The clinical picture is characterised by a secretive process of infectious hlamidijного and malosimptomnost'û. Because of the unique development cycle and intracellular parasitism Chlamydia has a tendency to chronic diseases and complications such as infertility.

Хламидии - мелкие грамтрицательные, неподвижные, облигатно паразитические бактерии, ретикулярные тельца (РТ) которых могут быть разнообразной формы – овальной, полулунной, в виде биполярных палочек и коккобацилл и имеют размер от 300 до 1000 нм, а элементарные тельца (ЭТ) овальной формы могут иметь размер в диаметре 250 – 500 нм. ЭТ хламидий обладают инфекционными свойствами, антигеноактивны, способны проникать в чувствительную клетку, где и происходит уникальный цикл развития хламидий. Предшествующие ЭТ хламидий более крупные РТ не имеют постоянного размера и структуры. У них нет нуклеоида. Их еще называют “незрелыми” или вегетативными частями. Они не обладают инфекционными свойствами. Размножаются хламидии только внутри связанных с мембраной вакуолей в цитоплазме клеток человека, млекопитающих и птиц. Размножение происходит в ходе уникального цикла развития, состоящего в превращении мелких форм ЭТ в более крупные РТ, которые претерпевают деление. Хламидии патогенны.

Цикл развития хламидий:

1. Адсорбция элементарного тельца;
2. Проникновение элементарного тельца в клетку;
3. Реорганизация элементарного тельца в ретикулярное тельце;
4. Деление ретикулярного тельца;
5. Созревание ретикулярных телец в элементарные;
6. Накопление ретикулярных телец в эндосоме;
7. Выход хламидий из клетки.

На первом этапе инфекционного процесса происходит адсорбция ЭТ хламидий на плазмалемме чувствительной клетки хозяина при участии электростатических сил. Внедрение хламидий в клетку происходит путем эндоцитоза. Участки плазмалеммы с адсорбированными на них ЭТ инвагинируются в цитоплазму с образованием фагоцитарных вакуолей. Этот этап занимает 7-10 часов. Далее, на втором этапе, в течение 6-8 часов происходит реорганизация инфекционных ЭТ в метаболически активные неинфекционные, вегетативные, внутриклеточные формы - РТ, способные к росту и делению. Эти внутриклеточные формы, представляющие собой микроколонии, называют хламидийными включениями - тельцами Гальбершtedтера-Провачека. В течение 18-24 часов развития они локализованы в цитоплазматическом пузырьке, образованном из мембраны клетки хозяина. Во включении может содержаться от 100 до 500 ЭТ хламидий. На следующем этапе, в течение 36-42 часов происходит процесс созревания, через переходные (промежуточные тельца), и трансформации РТ путем деления в ЭТ. ЭТ путем разрушения инфицированной клетки выходят из нее. Этим заканчивается жизненный цикл хламидий. Освободившиеся ЭТ, и находящиеся внеклеточно, через 48-72 часа снова проникают в новые клетки хозяина, и начинается новый цикл развития хламидий. В случае возникновения неблагоприятных метаболических условий этот процесс может затягиваться на более длительный период. В случае бессимптомного течения хламидийной инфекции происходит высвобождение ЭТ из инфицированной клетки через узкий ободок цито-

плазмы. При этом клетка может сохранять свою жизнеспособность.

Контингенты лиц, которые подлежат исследованию на хламидиоз согласно рекомендациям ВОЗ:

1. Хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы
2. Акушерско-гинекологическая патология
3. Беременность
4. Псевдоэрозия шейки матки и др.
5. Реактивный артрит
6. Хронический конъюнктивит
7. Атипичная пневмония
8. Лихорадка неясного генеза
9. Нарушения менструального цикла
10. Самопроизвольные и искусственные аборты
11. Лечебные и диагностические выскабливания слизистой оболочки шейки матки и тела матки
12. Введение и удаление внутриматочных контрацептивов и другие внутриматочные вмешательства
13. Хронический цистит
14. Новорожденные при наличии диагностированной хламидийной инфекции у матери
15. Патология периода новорожденности
16. Наличие ИППП
17. Половые контакты с лицами, инфицированными хламидиями
18. Частая смена половых партнеров
19. Декретированный контингент

Хламидийная инфекция у женщин может протекать от бессимптомного носительства до серьезных проявлений инфекции, в виде: уретрита, цервицита, эндометрита, сальпингита, перигепатита, бартолинита, конъюнктивита, в виде системного поражения или синдрома Рейтера. После проникновения в организм женщины при незащищенном половом контакте, хламидия располагается в уредре, влагалище и шейке матки. Хламидии способны прикрепляться к сперматозоидам, используя моторные функции сперматозоидов в качестве транспортных средств. Далее инфекция распространяется через полость матки в фаллопиевы трубы, где и вызывает проявления ВЗОМТ и их осложнения. Затем инфекция может диссеминировать в печень. Аутоиммунные процессы вызывают реактивный артрит.

Согласно МКБ-10, выделяют следующие клинические формы урогенитального хламидиоза:

- A56.0 Хламидийные инфекции НОМПП
- A56.1 Хламидийные инфекции ВОМПП
- A56.2 Хламидийная инфекция мочеполового тракта, неуточненная
- Хламидийная инфекция аноректальной области
- Хламидийный фарингит
- Хламидийные инфекции, передающиеся половым путем, другой локализации.

Уретрит - характеризуется симптомами дизурии, без гематурии, в мазке из уретры лейкоцитов более 10 в поле зрения.

Слизисто-гнойный цервицит – это наиболее частое проявление хламидийной инфекции. Основные симптомы в виде обильных гнойных или слизисто-

гнозных выделений, видимых в цервикальном канале или на тампоне при эндоцервикальном исследовании (эндоцервицит). Эндоцервикальный канал выстлан однослойным цилиндрическим эпителием. Крипты эндоцервикального канала вырабатывают секрет, который защелачивает среду в просвете канала и, тем самым, создаются оптимальные условия для жизнедеятельности хламидий и любых других инфекционных агентов. Хламидийный эндоцервицит диагностируется у 12-60% женщин с ЗППП и у 9-48% женщин с гинекологическими заболеваниями. Только у трети женщин наблюдаются клинические признаки инфекции. Выделение хламидий из цервикального канала шейки матки в 84% случаев сопровождается появлением слизистых выделений. При наличии смешанной инфекции выделения приобретают мутно-слизистый или слизисто-гнозный характер. Отдельно выделяют эктоцервицит. Поражение эктоцервикса слизистой оболочки, преддверия и влагалища хламидиями нехарактерно. Влагалище и влагалищная порция шейки матки в норме имеют слабокислую реакцию среды, выстланы функционально активным многослойным плоским эпителием, который хорошо защищен от внедрения инфекционных агентов. В то же время физиологические или патологические изменения многослойного плоского эпителия, приводящие к снижению его защитных свойств – детский возраст, беременность, менопауза, патологическая гипо- или гиперэстрогения, смешанная инфекция и др., могут явиться причиной его инфицирования. Зуд в области вульвы, дизурия. Часто хламидийная инфекция сочетается с эктопией шейки матки, причина этого неясна. Возможно, вследствие того, что - либо эктопия способствует проникновению и распространению хламидий, или сам микроорганизм вызывает ее.

Эндометрит – протекает бессимптомно или с жалобами на меноррагии, метроррагии или пост – коитальные кровотечения.

Восходящая хламидийная инфекция распространяется:

- Каналикулярно – через цервикальный канал, полость матки, маточные трубы на брюшину и органы брюшной полости.
- Лимфогенно.
- Гематогенно.
- Через ВМС и внутриматочные вмешательства.
- В распространении хламидий могут участвовать трихомонады и сперматозоиды.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) объединяет весь спектр воспалительных процессов в области верхних отделов репродуктивного тракта у женщин. В 25-30% случаев ВЗОМТ вызывается хламидийной инфекцией.

Минимальные критерии ВЗОМТ:

- Болезненность при пальпации в нижних отделах живота

- Болезненность в области придатков
- Болезненные трaкции шейки матки

Дополнительные критерии ВЗОМТ:

- Температура более 38 градусов
- Повышение СОЭ и С-реактивного белка

- Патологические выделения из шейки матки или влагалища

- Лабораторное подтверждение цервикальной инфекции (гонорея, хламидийная инфекция, трихомоноз)

Определяющие критерии:

- Гистологическое обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия

- Сонографическое и бимануальное подтверждение воспалительных tuboоариальных образований

- Лапароскопическая картина ВЗОМТ

Основные факторы, способствующие и защищающие от возникновения ВЗОМТ:

- Возраст – риск наиболее высок в подростковом возрасте в связи с повышенной чувствительностью переходного эпителия шейки матки.

- Сексуальная активность – частота заболевания выше у лиц с высокой сексуальной активностью и большим количеством половых партнеров, а также не пользующихся постоянно барьерными контрацептивными методами.

- Инвазивные процедуры – риск повышается при проведении таких терапевтических процедур выскабливание, индуцированный аборт.

- Внутриматочные устройства.

- Пероральные контрацептивы.

- Орошения – повышение риска.

- Социально-экономические факторы – нищета, ограниченный доступ к медицинской помощи и лечению повышают риск.

Клиническая картина хламидийного инфекционного процесса характеризуется скрытым течением и малосимптомностью. Вследствие уникального цикла развития и внутриклеточного паразитизма хламидиоз имеет тенденцию к хронизации и появлению таких осложнений, как бесплодие (в связи с повторяющимися эпизодическими воспалительными реакциями и рубцевания слизистой оболочки фаллопиевых труб происходит их сужение, стенки труб склеиваются, становятся непроходимыми для яйцеклеток и сперматозоидов), невынашивание беременности, экстрагенитальные поражения. *Chlamydia trachomatis* часто встречаются в ассоциации с другими возбудителями мочеполовых инфекций, такими, как, микоплазмы, уреаплазмы, гонококки, трихомонады.

Литература:

1. Медицинская микробиология.- Москва: Гэотар Медицина. - 1998.

2. Савичева А.М. Урогенитальный хламидиоз и репродуктивное здоровье женщин.// Тез. докл. VII Рес. Съезда дерматологов-венерологов. Казань.- 1996.-ч.3.

3. Пособие для врачей. Роль хламидий в патологии урогенитального тракта (диагностика и методы терапии). – Москва. – 1996.

4. Пособие для врачей. Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная химиотерапия.-Москва.- 2006

5. Глазкова Л.К., Ютяева Е.В. Новые представления об урогенитальном хламидиозе (методические рекомендации). Екатеринбург: УГМА, 2003

УДК 616.5-006.52-08

ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина

КГКП «Павлодарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар

Тұжырым

ПАПИЛОМОВИРУСТЫҚ ЖҰҚПАЛАРДЫ ЕМДЕУ ЖОЛДАРЫ

Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина

Көп таралған папилломовирустық жұқпалар жоғары жұғымталдық пен бұл аурудың жиі өсу тенденциясымен сипатталады. Жыныс мүшелерінің сүйелдерінің қайталануы көбінесе жыныс серігінің қайта инфекциясымен емес, инфекцияның қайта белсенділігімен байланысты болады. Ем жеке тұлғаларға арнайы жүргізіліп, папилломатозды ошақтарды бұзу үшін бағытталу қажет. Біріктірілген ем әдістерін қолдану оң нәтижелерге жетуге мүмкіндік береді.

Summary

WAY OF TREATMENT A PAPILLOMA OF A VIRUS INFECTION

G.V. Baisekenova, S.B. Sarsembayeva, L.K. Kalikova, S.V. Golovanev, E.S. Shilkina

Prevalence a papilloma of a virus infection speaks high and the tendency to growth of frequency of the given disease, as well as capacity of some versions of a virus of a papilloma of the person to initiate on malignant processes. Relapses warts connected more often not the sexual partner, and with infections. Treatment should be strictly individual and is directed on destruction the centers, as well as on stimulation the immune answer. Application of the combined methods of treatment allows to reach positive results.

В последние годы в Казахстане, как и во многих странах мира, увеличивается заболеваемость папилломовирусной инфекцией. Проблема ее диагностики и лечения привлекает внимание врачей различных специальностей: дерматологов, гинекологов, урологов, онкологов, иммунологов. Это объясняется высокой контагиозностью и тенденцией к росту частоты данного заболевания, а также способностью некоторых разновидностей вируса папилломы человека (ВПЧ) инициировать злокачественные процессы. Последнее большей частью касается генитальных проявлений папилломовирусной инфекции [1].

Наиболее существенным является влияние ассоциированных с ВПЧ-поражениями инфекций урогенитального тракта: урогенитального хламидиоза, микоплазмоза, цитомегаловирусной и герпетической инфекции, дисбиотических состояний. Результатом их влияния на течение ВПЧ-инфекции является хронизация процесса, формирование стойких, как правило уже неспецифических воспалительных изменений со стороны мочеполовой сферы и значительные трудности в проведении терапевтических мероприятий.

В течение многих лет обсуждалась возможность существования взаимосвязи между неоплазиями шейки матки с венерическими заболеваниями. В группе женщин, страдающих инвазивным раком шейки матки (РШМ), отмечена более высокая частота выявления неспецифической микрофлоры, включая трихомонадные и гарднерелловые инфекции. Примеры такого влияния обсуждались в отношении *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis*, вируса простого герпеса типа 2, цитомегаловируса, вируса папилломы человека. Эпидемиологические исследования убедительно показали, что неоспоримым фактором риска возникновения предраковых изменений и рака шейки матки является генитальная ВПЧ-инфекция. [2,3]

Учитывая тот факт, что специфические противовирусные препараты и вакцины, действующие на ВПЧ, пока отсутствуют, принято считать, что полного устранения вируса из организма достичь невозможно. Задача терапии — устранение клинических и субклинических форм ВПЧ-инфекции.

На сегодняшний день в арсенале практикующих врачей имеется множество методов удаления аногенитальных бородавок. Эффективность их варьирует от 30 до 90%, но ни один из методов не является панацеей, так как частота рецидивов достаточно высока при любом способе лечения. Лечение должно быть строго индивидуальным: необходимо подбирать наиболее оптимальное решение в каждом конкретном случае, иногда учитывая пожелания самого пациента. Проблема рецидивов не зависит от выбора терапии. Рецидивы аногенитальных бородавок связаны чаще всего не с reinфекцией от полового партнера, а с реактивацией инфекции. Существуют три пути развития событий при отсутствии лечения:

- бородавки могут излечиваться самостоятельно;
- оставаться без изменений;
- прогрессировать.

При этом всегда нужно принимать во внимание возможность персистенции вируса при отсутствии каких-либо клинических проявлений.

Выбирая наиболее оптимальный в каждом конкретном случае метод, необходимо руководствоваться четырьмя основными характеристиками:

- эффективность при данной патологии;
- частота рецидивов после лечения;
- переносимость (минимум побочных эффектов);
- простота выполнения процедур.

Помимо удаления аногенитальных бородавок необходимо решать следующие немаловажные задачи:

1. Выявлять и лечить у больных с аногенитальными бородавками (и их половых партнеров) другие заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП).

2. Проводить скрининг всех женщин с бородавками аногенитальной области на цервикальную внутриэпителиальную неоплазию (ЦВН) с применением цитологического исследования и кольпоскопии.

3. Поддерживать дальнейшее наблюдение за очагами ЦВН на ранних стадиях для своевременного выявления их прогрессирования или развития микроинвазивной карциномы.

4. Проводить активное лечение аногенитальных бородавок, неоплазий на ранних стадиях, протекающих с развернутой клинической картиной, неоплазий на поздних стадиях и плоскоклеточной карциномы.

5. Давать больным рекомендации по использованию презервативов и ограничению случайных половых контактов для предотвращения инфицирования (и реинфицирования) ВПЧ-инфекцией и другими ЗППП.

По сути, лечение аногенитальных ВПЧ-поражений направлено либо на разрушение папилломатозных очагов тем или иным методом, либо на стимуляцию противовирусного иммунного ответа, возможно сочетание этих подходов.

Деструктивные методы (физические деструктивные методы - хирургическое иссечение, электрохирургические методы, лазерное иссечение, криотерапия). Криотерапия – это достаточно эффективный и безопасный метод, предполагающий использование в качестве хладагента жидкого азота, оксида азота и диоксида углерода. При этом происходит быстрое замораживание как внутри-, так и внеклеточной жидкости, приводящее к лизису и гибели клеток при оттаивании. Проведение криотерапии обычно не требует обезболивания, хотя при необходимости можно использовать местные анестетики. Криотерапию можно применять при лечении не очень больших бородавок различной локализации. Если же бородавки множественные, то удаление должно проводиться в несколько этапов. Для данного метода характерны следующие побочные явления: развитие местного покраснения, припухлости с последующим образованием пузырей и их изъязвлением.

Химические деструктивные методы. Данная группа средств включает в себя растворы кислот, щелочей, солей. Среди них можно упомянуть ферезол, препараты на основе салициловой и молочной кислот, уксусную и азотную кислоты, соки туи и чистотела. Все эти средства легко доступны, однако обладают невысокой, плохо прогнозируемой эффективностью, дают многочисленные побочные эффекты.

Комбинированные методы лечения. Для лечения проявлений ВПЧ-инфекции предлагаются различные методики, основанные на использовании иммунных препаратов в сочетании с лазерным, электрохирургическим и криодеструктивным воздействием.

Получены хорошие результаты при использовании комбинированного метода лечения кондилом, включающего разрушение очагов с помощью криодеструкции (температура воздействия от -160 до -180°C , экспозиция 40–120 с, двукратно) в сочетании со стимуляцией иммунитета. Для стимуляции местного иммунитета область поражения обрабатывали эмульсией, содержащей интерферон (ИФ), а для стимуляции иммунной системы всего организма назначали препарат кемантан по 0,2 г три раза в день внутрь в течение 10 дней.

Солкодерм. Солкодерм — водный раствор, в составе активной составляющей которого выступают продукты взаимодействия органических кислот (уксусной, щавелевой и молочной) и ионов металлов с азотной кислотой. Раствор содержит нитриты в количестве 0,02 мг/мл.

Ниже перечислены свойства и механизм действия солкодерма, которые выделяют его среди других препаратов этой группы, использующихся в рамках деструктивных методов:

- при местном применении солкодерм вызывает немедленную прижизненную фиксацию ткани, на которую он наносится;
- действие препарата строго ограничивается местом применения;
- признаком немедленного эффекта является изменение окраски обрабатываемого участка;
- девитализированная ткань высыхает и темнеет (эффект мумификации);
- «мумифицированный» струп отторгается самостоятельно;
- процесс заживления непродолжителен, а осложнения (вторичная инфекция или рубцевание) редки.

Общая характеристика лечения солкодермом:

- препарат оказывает точно ограниченное местное действие на патологически измененную ткань, на которую он наносится, окружающая ткань при этом не повреждается;
- метод пригоден для лечения различных новообразований кожи;
- лечение безболезненно;
- быстрое заживление, отсутствие осложнений;
- лечение проводится амбулаторно и не требует специальной аппаратуры;
- отсутствие каких-либо ограничений для больного.

Показания к применению солкодерма: простые бородавки, подошвенные бородавки, аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы), себорейные кератозы, актинокератозы, базально-клеточные эпителиомы (базалиомы).

Солкодерм очень удобен в применении и достаточно эффективен для лечения кондилом любой локализации. В большинстве случаев достаточно однократного применения.

Таким образом, сочетанное применение вышеуказанных методов позволяет уменьшить число рецидивов и тем самым повысить эффективность лечения.

Литература:

1. Аковбян В. А., Анкирская А. С., Богатырева И. И. и соавт. Лечение и профилактика проявлений папилломавирусной инфекции уrogenитального тракта // ЗППП. - 1996. - 1. - С. 73-75.
2. Аполихина И.А. Папиллома-вирусная инфекция гениталий у женщин // - М. - 2002. - 109 1) Baggish M. S. Improved laser techniques for the elimination of genital and extragenital warts. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985; 153 (5): 545-550.
3. Baker D. A., Douglas J. M., Buntin D. M. et al. Topical podofilox for the treatment of condyloma acuminata in women. Obstet. Gynecol. 1990; 76 (4): 656-659.
4. Bargman H. Is podophyllini a safe drug to use and can it be used in pregnancy? Arch. Dermatol. 1988; 124: 1718-1720. 86) Turing S. K. Treatment of condiloma acuminata with interferon. Semin. Oncol 1988; 15 (5): 35-40.
5. Vernon S. D., Hart C. E., Reeves W. C., Icenogle J. P. The HIV-1 tat protein enhances E2-dependent human papillomavirus 16 transcription. Virus. Res. 1993; 27: 133-145.

УДК 616.694+616.9-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИМУНОФАНА В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Н.К. Шаймарданов

Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

В ходе исследования была выявлена клиничко-иммунологическая эффективность имунофана у больных хламидиозом в сравнении с группой, получавшей только базисную терапию, которая подтверждалась улучшением иммунологических показателей: увеличением абсолютного числа лимфоцитов, CD-4 и CD-8 лимфоцитов, показателей фагоцитоза и фагоцитарного числа. Сделан вывод о необходимости включения иммуномодулятора имунофана в комплексное лечение хронического урогенитального хламидиоза

Тұжырым

УРОГЕНИТАЛЬДЫ ХЛАМИДИОЗДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ИМУНОФАНДЫ ТИІМДІ ҚОЛДАНУ

Н.К. Шаймарданов

Зерттеуде хламидиозбен ауырган топпен салыстыру кезінде тек қана базистық терапияны алғанда, имунофанның клиничко-иммунологиялық тиімділігі табылды, иммунологиялық көрсеткіштерінің жақсарғаныны байқалды: лимфоциттердің абсолюттік сандарының жоғарлауын, CD-4 және CD-8 лимфоциттер, фагоцитоздың көрсеткіштері және фагоцитарлық сандары. Созылмалы урогенитальды хламидиозды комплексті емдеуде имунофанның иммуномодуляторлары қажет екендігіне қорытынды жасалды.

Summary

EFFICIENCY OF APPLICATION IMUNOFAN IN TREATMENT OF AN UROGENITAL CHLAMIDIOSIS

N.K. Shaimardanov

In researches was observes clinic- immunological effects of Imunofan for patients of urogenital chlamidiosis in comparison with group, received only basic therapy, which confirms the improvements immunologic show, increase absolutely number of lymphocytes.

Хламидийная инфекция за последнее время приобрела широкое распространение во всем мире. По данным ВОЗ (1) в мире ежегодно регистрируется около 90 млн. новых случаев урогенитального хламидиоза (УХ). В России уровень инфицированности среди дееспособного населения составляет 18,6% (2). Этот показатель значительно повышается при обследовании групп риска в частности, у пациентов кожно-венерологических учреждений, которые встречаются в 25-50% случаев (3), в гинекологии у 23-45% больных (4). В Казахстане выявляемость среди обратившихся в кожновенерологические учреждения составляет 31,6%, среди больных с отягощенным акушерским анамнезом частота выявления УХ составляет - 43,4% (5).

Целью работы явилась оценка эффективности имунофана в комплексном лечении урогенитального хламидиоза. Оценка проводилась с учетом

иммунологических показателей. Имунофан назначался курсом 10 инъекций, по 1 инъекции внутримышечно через 2 дня. У 36 больных имунофан применяли в сочетании со стандартным лечением. Группой сравнения стали 18 больных, получавших только стандартное лечение. До начала лечения в первой группе жалобы на выделения из половых путей отмечались у 70,2%, на рези при мочеиспускании у 48,6%, на дизурические расстройства у 27,7%, в группе сравнения у 66,2%, 44,4%, 33,2% соответственно.

Материал и методы: У всех больных до лечения и после окончания терапии был проведено определение абсолютного количества лимфоцитов; Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD-4, CD-8, CD-16); определение В-лимфоцитов; определение фагоцитоза и фагоцитарного числа.

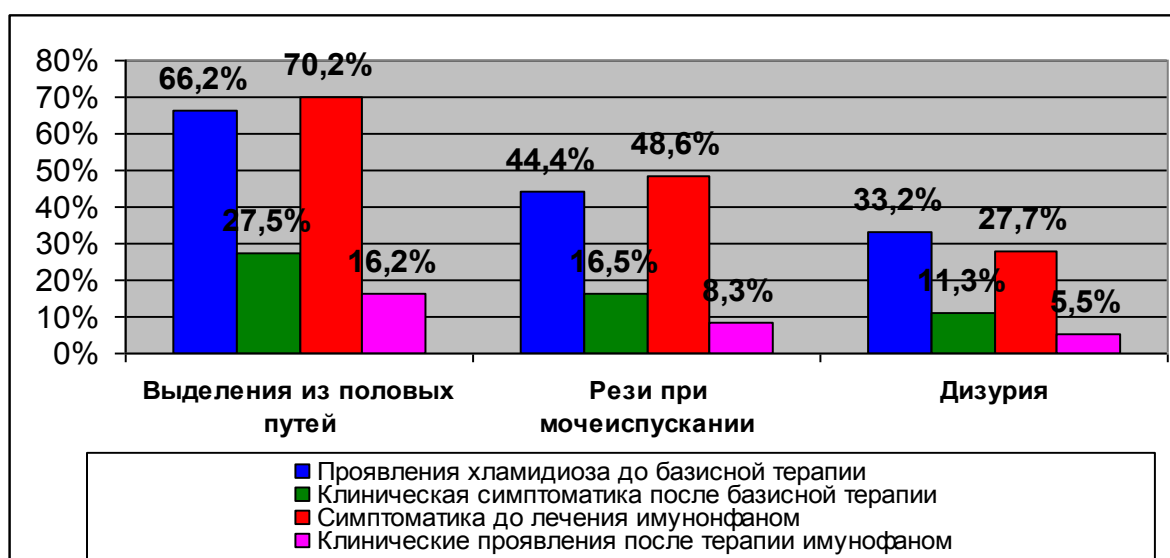


Рисунок №1. Динамика основных клинических проявлений хламидийной инфекции после различных методов терапии

По завершении курса лечения в группе больных с базисной терапией отмечалось жалобы на выделения из половых путей у 27,5%, рези при мочеиспускании у 16,5%, дизурические расстройства у 11%, тогда как в

группе получавших имунофан имелись жалобы на выделения из половых путей только у 16,2%, рези при мочеиспускании у 8,3%, дизурические расстройства у 5,5% (рис. №1)

Таблица №1. - Основные показатели иммунного статуса.

Показатель	Контроль (здоровые лица)	Терапия без имунофана		Лечение имунофаном	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Абс. число лимфоцитов	1927±38	1664±26■	1765±41●	1680±42■	1925±48●♦
CD4+	567±41,2	345±32,5■	446±37,4●	347±37,3■	554±41,1●♦
CD8+	389±29,4	235±21,2■	293±19,4●	230±24,5■	353±27,3●♦
CD16+	353±53,2	252±21,6■	318±25,3●	257±23,7■	343±30,4●♦
В-лимфоциты	365±45,1	290±26,7■	306±36,2	306±37,6	342±43,3
Фагоцитоз	46,5±2,43	26,3±2,54■	34,2±2,74●	27,3±2,43■	42,8±3,12●♦
ФЧ	4,31±0,13	3,11±0,11■	3,47±0,14●	3,23±0,12■	3,94±0,14●♦

Примечание: ■ показатель достоверно отличается от данных здоровых лиц ($p < 0,05$)

● достоверное отличие показателей до и после лечения ($p < 0,05$)

♦ сравнение показателей после лечения имунофаном и без лечения имунофаном ($p < 0,05$)

Выводы: выявленная клиническая эффективность имунофана у больных хламидиозом в сравнении с группой, получавшей только базисную терапию, подтверждалась улучшением иммунологических показателей: увеличением абсолютного числа лимфоцитов, CD-4 и CD-8 лимфоцитов, показателей фагоцитоза и фагоцитарного числа.

На основании полученных данных считаем целесообразным применение имунофана по данной схеме в комплексной терапии урогенитального хламидиоза.

Литература:

1. Заболевания, передаваемые половым путем. Пресс-релиз. ВОЗ. 25.05.2005. Заболевания, передаваемые половым путем. М 2005; 5 81-82.

2. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. Эпидемиология хламидийной инфекции в крупном промышленном центре Западной Сибири, Вестник дерматологии и венерологии 2001;1 С.54-57.

3. Редько И.И. Сравнительная характеристика прямых микроскопических методов лабораторной диагностики хламидийной инфекции у новорожденных детей. Клиническая лабораторная диагностика, №8, 2009г. -С.34-35

4. Ниармедик (НИИ ЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН). Руководство для врачей. М 2006; с.46.

5. Нурушева С.М., Акышбаева К.С., Котлерова Т.Н. и др. Факторы относительного риска развития хламидийной инфекции //Сборник Проблемы инфекции в акушерстве, гинекологии, дерматовенерологии и урологии» Алматы 2008г. С.178-182.

УДК:616.983-097-618.3-089

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

О.Д. Исабаев

КГКП «Городской клинический родильный дом №2», г. Семей

Резюме

Внутриутробные хламидийные инфекции являются одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности плода. В работе проведено статистическое исследование распространенности урогенитального хламидиоза и показано влияние экологического фактора на изменения состояния иммунологической резистентности у беременных женщин, в Семейском регионе в сравнении с литературными данными по г. Новосибирску. В ходе исследования выяснено, что урогенитальный хламидиоз у беременных чаще сопровождается с трихомонадным кольпитом. В сравнении с городом Новосибирском отмечено, что в Семейском регионе низкая резистентность на фоне снижения иммунитета, которая сопровождает беременность, по-видимому, обусловлено влиянием экологического фактора иммунную систему беременной женщины.

Түжірім

СЕМЕЙ АЙМАҒЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ УРОГЕНИТАЛДЫ ХЛАМИДИОЗЫ

О.Д. Исабаев

Ұрық ішіндегі инфекция перинатальді ауруларды және ұрықтың өлуінің негізгі себебі болып келеді. Ұрық ішіндегі инфекцияның пайда болуына хламидиялық инфекция ең алдыңғы үстемдік орынға ие болады. Урогенитальды хламидиоздың тарауына байланысты статистикалық зерттеу жұмыстары өткізіледі және жүкті әйелдердің имунологиялық резистенттіліктің жағдайдың экологиялық факторы ықпал етуі көрсетілген, Семей аймағында Новосибирск қаласымен әдебиеттің көрсеткіштері салыстырғанда. Жүктілерде урогенитальды хламидиоз трихомонадты кольпиттер жиі ілеседі. Новосибирск қаласымен салыстырғанда, Семей аймағында жүктілік иммунитеттің әлсіреу фонында резистенттілігі төмен болатыны көрсетілген, осылай болды жүкті әйелдердің иммунды жүйесіне экологиялық факторының ықпалы болып есептеледі.

Summary
UROGENITAL CHLAMIDIOSIS AT PREGNANT WOMEN IN SEMEY REGION
O.D. Isabayev

Principal causes of perinatal morbidity and death rates of the fetus are intrauterine infections. Chlamidial infection takes leading place among intrauterine infections. Statistical investigation of prevalence of urogenital chlamydiosis and influence of the ecological factor on changes of condition of the immunologic resistance at pregnant women in Semipalatinsk region in comparison with the literary facts in Novosibirsk are seen in this work. During research it is found out, that urogenital chlamydiosis at pregnant women is accompanied with colpomycosis is more often. In comparison with the city of Novosibirsk it is marked, that in Semey region is low resistency on base of decrease immunity which accompanies with pregnancy, on seen it is caused by influence of the ecological factor on immune system of the pregnant woman.

Одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности являются внутриутробные инфекции, когда заражение плода и новорожденного происходит в пренатальном периоде или во время родов [5,6]. Источником заражения при этом является мать, у которой заболевание может протекать мало или бессимптомно или же она является носителем инфекционного агента. Поражение эмбриона в первом триместре нарушает нормальный процесс закладки и дифференцировки органов и систем, что приводит к формированию пороков развития [7]. По мнению многих авторов в происхождении пороков развития играет хламидийная инфекция [2]. Урогенитальный хламидиоз – наиболее распространенная инфекция, передаваемая половым путем, встречающаяся в 2-4 раза чаще, чем гонорея и в 7,5 раз чаще, чем сифилис [1]. В мире ежегодно регистрируется до 89 млн. больных урогенитальным хламидиозом [2]. В патогенезе внутриутробной инфекции вызванной *Ch. trachomatis* имеет место нарушения иммунитета.

В настоящем исследовании проведено статистическое исследование распространенности урогенитального хламидиоза и показано влияние экологического фактора на изменения состояния иммунологической резистентности у беременных женщин, в Семипалатинском регионе в сравнении с литературными данными по г. Новосибирску.

Нами было обследовано 41 беременная женщина в разные сроки беременности, из них в I триместре 15% (n=6), во II триместре 57% (n=23) и в 28% (n=12) в III триместре беременности

По нашим данным у 73% больных жалобы отсутствовали, по данным литературы эта цифра не превышает 40% [4]. Чаще всего диагностировался хламидиоз с трихомонадным кольпитом, тогда как по литературным данным Л.К. Глазковой (2006) урогенитальный хламидиоз у беременных как моноинфекция протекает всего в 32,9% случаев.

Обнаружена закономерность в сезонности обращений женщин - пик приходится на осенние месяцы и декабрь (68%), на весну и лето приходится до 17%. Высокие титры антител выявлены у 73% среди всех обследуемых беременных женщин приходится на сентябрь - ноябрь (Семипалатинск), по данным А.А. Хрянина и др. в г. Новосибирске - на июль - сентябрь.

Следует отметить, что диагностическая ценность ИФА-диагностики хламидиоза в условиях нашего города снижена, т. к. только в 22% случаях указывался титр антител.

Анализ выявления специфических иммуноглобулинов классов G и A к *Ch. Trachomatis* показал, что в 61% случаев обнаруживались только антитела класса G и A, по данным новосибирских коллег этот показатель составляет 15%. В 15% случаев обнаруживались положительные Ig G при сомнительном титре Ig A. В 15% случаев при положительном Ig G, уровень Ig A был слабоположительным, что говорит о переходе из острой ста-

дии в хроническую и возможным внутриутробном инфицировании плода.

Частота выявления повышенных титров антител в возрастной группе от 18 до 25 лет в 2,3 раза выше, чем в группе 35-35 лет, причем зарегистрировано только 5 больных старше 40 лет, по Новосибирску этот показатель в 2 раза выше в группе от 18-25 лет, по сравнению с группой 25-35 лет [2].

После окончания курса лечения делали повторное ИФА-исследование, в ходе которых титр антител снизился в 64% случаев, в 2% увеличился, в остальных – не изменился.

В результате проведенных исследований города Новосибирска повышенные титры антител составили 18,6% от всего населения [2], тогда как распространенность более 10% считается критическим эпидемиологическим порогом инфицированности. В нашем городе данный показатель меньше 0,1% и это при четырехкратном преобладании (по данным серологических исследований) больных с хроническими урогенитальными заболеваниями. Данная ситуация сложилась в результате неполного объема лабораторных методов исследования – не назначается РИФ и ПИФ-реакции, а также из-за несовершенства самой ИФА-реакции, которая при высокой чувствительности не учитывает индивидуальные особенности иммунитета, возможность ложноотрицательных и ложноположительных результатов. Это в первую очередь имеет значение для диагностики хламидиоза у беременных. По литературным данным инфицирование амниона происходит в 64,5% случаев, выкидыши и мертворождения являются следствием хламидийной инфекции в 5,5% случаев [4], тогда, как у женщин, лечившихся в Семейском кожвендиспансере выкидыши и мертворождения в анамнезе, составляет 18%.

Таким образом, при обследовании беременных женщин в г. Семей в отличие от Новосибирского региона обнаружено, что хламидийной инфекцией подвержены женщины в возрастной группе 18-25 лет и чаще сочетается преимущественно с трихомонадным кольпитом. При анализе специфических маркеров хламидийной инфекции выяснено, что чаще регистрируются IgG и IgA (61%) и в 15% положительные IgG и слабоположительные IgA, что может говорить о возможном внутриутробном поражении плода.

Возможно у женщин Семипалатинского региона, проживающих в экологически неблагоприятном регионе низкая резистентность к специфическим инфекциям на фоне снижения иммунитета, которая сопровождает беременность, приводит к активации хламидийной инфекции.

Все вышесказанное говорит о недостаточном уровне диагностики урогенитального хламидиоза в условиях нашего города. Необходимы более глубокие исследования иммунитета у беременных женщин с определением не только специфический иммуноглобулинов классов Ig A, Ig M, Ig G, но проводить мониторинг иммунного статуса у беременных женщин.

Литература:

1. Глазкова Л.К., Герасимова Н.М. Заболевания передаваемые половым путем. М. 2006;4:9-12.
2. Заболевания, передаваемые половым путем. Пресс-релиз. ВОЗ. 25.05.2005. Заболевания, передаваемые половым путем. М 2005; 5 81-82.
3. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. Эпидемиология хламидийной инфекции в крупном промышленном центре Западной Сибири, Вестник дерматологии и венерологии 2001;1:54-57.

4. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. М. 1995;37-38.

5. Казанцева А.П., Попова Н. И. Внутриутробные инфекционные заболевания заболевания детей и их профилактика. –Л. 1998 – 227 с.

6. Чучупалов П.Д., Охридина Л.И. // Вопросы охраны материнства и детства.-1999. - №1. С16-18.

УДК 616.983-615.37

ИММУНОАКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ИМУНОФАНА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ**Н.К. Шаймарданов****Государственный медицинский университет города Семей****Резюме**

Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз, иммунитет, имунофан.

Изучено иммунокорректирующее влияние препарата имунофан в лечение больных с урогенитальным хламидиозом. В ходе исследования было выявлено, что имунофан стимулирует систему фагоцитоза и клеточного иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом.

Тұжырым**УРОГЕНИТАЛДЫ ХЛАМИДИОЗДЫ ЕМДЕУДЕ ИМУНОФАНЫҢ ИММУНИТЕТКЕ БЕЛСЕНДІ ӘСЕРІ****Н.К. Шаймарданов**

Урогениталды хламидиозбен ауыратын науқастардың имунитетін имунофанмен реттеу әсері зерттелді. Тексеру нәтижесінде имунофанның хламидиозбен ауыратын науқастардың фагоцитоз жүйесін және клеткалық имунитетті көтеретін әсері анықталды.

Summary**IMMUNITY ACTIVE EFFECT IMUNOFAN AT UROGENITAL CHLAMIDIOSIS****N.K. Shaimardanov**

The key words: urogenital chlamidiosis, immunity, imunophan.

Immunocorrective action of imunofan in treatment of patients with urogenital chlamidiosis is studied. The research revealed that imunofan stimulates the phagocytosis system and cellular immunity at patients with urogenital chlamidiosis.

Урогенитальный хламидиоз (УХ) является одной из серьезных медико-социальных проблем. Указанная инфекция широко распространена в различных странах мира, а показатели заболеваемости постоянно растут. *S. trachomatis* передается преимущественно половым путем и обладает выраженным тропизмом к цилиндрическому эпителию. Поэтому наиболее частыми клиническими проявлениями являются уретрит и слизисто-гнойный цервицит. При распространении инфекционного процесса могут наблюдаться бартолинит, эндометрит, сальпингит, иногда проктит и некоторые другие, более редкие формы заболевания [1]. Однако у 60% женщин хламидиоз протекает абсолютно бессимптомно [2]. Важная роль в патогенезе УХ принадлежит дисфункции иммунитета [3]. В связи с этим актуальными остаются вопросы иммунокоррекции при УХ. Существует способ иммунокоррекции у больных урогенитальным хламидиозом, заключающийся в назначении циклоферона по схеме по 2,0 мл внутримышечно, однократно на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 день лечения урогенитального хламидиоза. Нами предложен способ коррекции иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом с помощью регуляторного пептида четвертого поколения – имунофана.

Целью работы является оценка иммунного статуса больных урогенитальным хламидиозом до и после лечения иммуномодулятором имунофаном.

Материал и методы: обследовано 47 больных урогенитальным хламидиозом (диагноз верифицировался

методами микроскопии, ИФА, ПЦР). Все больные были разделены на 2 группы сравнения. Больные 1 группы (n=27) получили общепринятую антибактериальную терапию, больные второй группы (n=20) имунофан в сочетании с антибактериальной терапией + циклоферон. Контрольную группу составили здоровые лица (n=35). Препарат назначался по оригинальной схеме: по 2,0 мл внутримышечно, однократно с интервалом 2 дня, на курс 10 инъекций. В исследовании были использованы иммунологические и статистические методы исследования.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования было выявлено, что абсолютное число лимфоцитов было достоверно повышенным у больных принимавших имунофан на 14% (p<0,05) в сравнении с показателями до лечения. Содержание абсолютного числа CD3⁺ лимфоцитов выражалось в достоверном его повышении на 41% (p<0,01) в сравнении показателями до лечения, тогда как различия между группами сравнения принимавшие имунофан и традиционную терапию составила 15.7% (p<0,05). Во всех двух группах сравнения отмечалось повышение относительного содержания CD4⁺ лимфоцитов (p<0,05). Относительное число CD8⁺ лимфоцитов было наиболее достоверно повышенным у больных основной группы сравнения на 23% (p<0,05) по сравнению с исходными данными. В результате лечения соотношение иммуnoreгуляторного индекса было достоверно повышенным только у больных пролеченных имунофаном, и приближалось к показателям груп-

пы здоровых лиц. Показатели абсолютного содержания CD16⁺ лимфоцитов повышались у больных принимав-

шие иммунофан на 32% ($p < 0,05$) по сравнению с показателями до лечения (таблица №1).

Таблица № 1. - Динамика иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом после иммуномодулирующей терапии.

Показатели	Здоровые лица n = 35	До лечения n = 47	Традиц. леч. + циклоферон n = 27	P ₁	Лечение иммунофаном n = 20	P ₂
Абс.число лимф., $\times 10^9$	1932 $\pm$ 38	1620 $\pm$ 36	1730 $\pm$ 43	$p < 0,05$	1923 $\pm$ 48	$p < 0,05$
CD 3, %	43,85 $\pm$ 0,95	35,67 $\pm$ 1,24	37,12 $\pm$ 0,72	$p > 0,05$	43,3 $\pm$ 0,54	$p < 0,01$
CD 3, $\times 10^9$	841 $\pm$ 36	584 $\pm$ 44	640 $\pm$ 31	$p > 0,05$	832 $\pm$ 26	$p < 0,01$
CD 4, %	28,85 $\pm$ 1,82	20,67 $\pm$ 2,32	22,00 $\pm$ 0,14	$p > 0,05$	28,8 $\pm$ 2,24	$p < 0,05$
CD 4, $\times 10^9$	557 $\pm$ 69	333 $\pm$ 83	380 $\pm$ 60	$p > 0,05$	551 $\pm$ 107	$p > 0,05$
CD 8, %	19,54 $\pm$ 0,61	15,0 $\pm$ 0,57	15,3 $\pm$ 1,04	$p > 0,05$	18,7 $\pm$ 0,61	$p < 0,01$
CD 8, $\times 10^9$	381 $\pm$ 23	243 $\pm$ 21	260 $\pm$ 45	$p > 0,05$	354 $\pm$ 29	$p < 0,05$
ИРИ	1,47 $\pm$ 0,08	1,38 $\pm$ 0,09	1,44 $\pm$ 0,05	$p > 0,05$	1,54 $\pm$ 0,06	$p < 0,05$
CD 16, %	18,1 $\pm$ 0,8	14,8 $\pm$ 0,5	16,2 $\pm$ 0,3	$p < 0,05$	17,7 $\pm$ 0,6	$p < 0,05$
CD 16, $\times 10^9$	352 $\pm$ 31	245 $\pm$ 18	284 $\pm$ 13	$p > 0,05$	342 $\pm$ 30	$p < 0,05$
CD 20, %	23,08 $\pm$ 0,84	20,4 $\pm$ 2,19	22,1 $\pm$ 2,1	$p > 0,05$	22,2 $\pm$ 1,36	$p > 0,05$
CD 20, $\times 10^9$	440 $\pm$ 32	337 $\pm$ 79	382 $\pm$ 39	$p > 0,05$	420 $\pm$ 65	$p > 0,05$
Ф Индекс, %	46,5 $\pm$ 2,43	25,96 $\pm$ 2,4	34,0 $\pm$ 1,02	$p < 0,05$	42,8 $\pm$ 3,12	$p < 0,05$
Ф Число	4,31 $\pm$ 0,13	3,15 $\pm$ 0,11	3,46 $\pm$ 0,07	$p < 0,05$	3,94 $\pm$ 0,14	$p < 0,05$

p_1 достоверность различий показателей у больных до лечения и после лечения циклофероном, p_2 достоверность различий показателей у больных до лечения и после лечения иммунофаном.

Выводы: таким образом, иммунофан стимулирует систему фагоцитоза и клеточного иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом в более ранние сроки, не имеет побочных эффектов и хорошо переносится больными и может быть рекомендован в лечении хронического урогенитального хламидиоза.

Литература:

1. Тихонова Л.И. Дерматологическая служба России. Проблемы, поиски, решения. ИППП, 2001; 3: 28–31.

2. Хламидийная инфекция в акушерстве и перинатологии (диагностика, профилактика, лечение). Пособие под редакцией Э.К.Айламазова. СПб., 1995.

3. Levine WC, Pope V, Tambe P Increase in endocervical CD4 lymphocytes among women with nonulcerative sexually transmitted diseases. J Infect Dis 1999 Jan.; 177(1): 167–74.

УДК618.33-008

СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Ж.Б. Бабашева, Л.А. Туребаева, Г.А. Хамитова

КГКП «Павлодарский областной родильный дом», г. Павлодар

Резюме

Актуальность проблемы синдрома задержки внутриутробного развития плода имеет не только медицинское, но и социальное значение. Целью проведенного исследования явилось изучение частоты, диагностики, осложнений родов с синдромом задержки развития плода.

Тұжырым

ҚҰРСАҚ ІШІНДЕ АРА ҚАРАЙ ЖЕТІЛМЕУІНІҢ БЕЛГІСІ

Ж.Б. Бабашева, Л.А. Туребаева, Г.А. Хамитова

Ұрықтың жатырішілік дамуының тоқталу синдромының өзекті мәселелері тек қана медициналық емес және әлеуметтік мағынасы бар. Өткізілген зерттеудің мақсаты жиілікті, диагностиканы және ұрықтың дамудың тоқталуы синдромы бар босанудың асқынуларын анықтау

Summary

SYNDROME INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION

Zh.B. Babasheva, L.A. Turebayeva, G.A. Khamitova

Background syndrome, intrauterine growth retardation is not only medical but also social value. The aim of the research is exploring the frequency, diagnosis, complications of delivery with syndrome fetal growth retardation.

Развитие ребенка и здоровье взрослого человека взаимосвязаны с патологией плода и новорожденных. Нарушения, возникающие во время беременности в системе мать-плацента-плод, осложняют адаптацию

ребенка к внеутробной жизни и могут привести к тяжелым неврологическим расстройствам, повышают риск интеллектуальной неполноценности, снижая качество последующей жизни. Особого внимания заслуживает

проблема синдрома задержки развития плода (СЗРП), которая имеет не только медицинское, но и социальное значение. СЗРП занимает большое место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности, является причиной инфекционной и соматической заболеваемости новорожденных, а также дальнейших нарушений физического и полового развития. В среднем каждый десятый младенец рождается с низкой массой тела.

Целью настоящей работы явилось изучение причин, диагностики развития СЗРП по данным областного родильного дома г. Павлодара за 2010 год.

Детей с СЗРП относят к группе риска по высокой заболеваемости и смертности, частоте поражения центральной нервной системы (ЦНС), нарушения адаптации новорожденных в неонатальном периоде, снижению функций неспецифической защиты и специфического иммунитета. Перинатальная смертность среди доношенных детей, родившихся с явлениями СЗРП, в 3–8 раз выше, чем у детей с нормотрофией, и занимает второе место в структуре перинатальных потерь после недоношенности. Перинатальная заболеваемость детей, родившихся с СЗРП, составляет 47–50%, а перинатальные потери – 65–70%. Особенно высока перинатальная смертность среди недоношенных детей с СЗРП. Перинатальная смертность у детей, родившихся с массой тела менее 2500 г при доношенной беременности, в 5–30 раз выше, чем у детей, родившихся с нормальной массой тела.

Заключение об отставании развития плода требует, согласно определению этого состояния, динамической оценки размеров плода. При этом лишь наличие точных данных о гестационном возрасте плода позволяет с уверенностью утверждать, что при данной беременности СЗРП отсутствует.

Выделяют симметричную и асимметричную формы СЗРП, разделяя их на основании различных причин и прогноза. При симметричной форме СЗРП выше вероятность наличия эндогенного дефекта который может создать препятствия для нормального развития ребенка; дети с асимметричной СЗРП более вероятно являются нормальными, но вследствие перенесенной внутриутробно нутритивной недостаточности имеют меньшие размеры. Данная классификация является недостаточно точной для того, чтобы служить основанием для выбора лечебно-диагностического вмешательства или определения жизнеспособности плода.

Этиологические факторы, приводящие к ЗВУР, можно разделить на 2 большие группы. К первой группе относятся фетоплацентарные факторы:

1. Хромосомные аномалии. Генетические нарушения являются причиной СЗРП в 10–15% случаев. Согласно данным Программы по изучению врожденных дефектов (Metropolitan Atlanta Congenital Defects Program), у 38% детей с хромосомными аномалиями имеется СЗРП.

2. Внутриутробная инфекция может являться причиной СЗРП в 10–15% случаев. Проявления внутриутробной инфекции неспецифичны и включают поражение центральной нервной системы (например, микроцефалия), хориоретинит и наличие внутримозговых (перивентрикулярных) кальцинатов.

3. Плацентарные факторы - предлежание плаценты.

4. Многоплодная беременность. Причиной могут быть плацентарная недостаточность, синдром фетоплацентарной трансфузии.

Ко второй группе относятся материнские факторы:

- артериальная гипертензия

- лекарственные препараты
- нарушение питания и мальабсорбция
- васкулопатии
- конституциональные особенности матери
- пол плода

При любой беременности, сопровождающейся риском СЗРП, основные исследования должны быть проведены на ранних сроках гестации. Эти исследования обязательно должны включать внимательный расчет срока беременности, не имеющих известных факторов риска. В этом случае особенно большое значение приобретает динамический контроль высоты дна матки, чувствительность которого в отношении диагностики СЗРП составляет 46–86%. УЗИ, проведенное на ранних сроках беременности, позволяет точно установить предполагаемую дату зачатия (ПДЗ) и иногда способствует диагностике генетических врожденных причин СЗРП. Антенатальная диагностика задержки внутриутробного развития плода является недостаточно точной, что связано с тем, что предполагаемая масса плода не может быть измерена непосредственно, а должна вычисляться на основании объективных параметров. Кроме определения биометрических параметров плода, УЗИ должно использоваться для диагностики маловодия у плодов, входящих в группу риска по развитию СЗРП или уже имеющих СЗРП. Снижение объема амниотической жидкости является одним из клинических проявлений СЗРП и может быть его самым первым признаком, определяющимся при УЗИ. Возникновение маловодия объясняется снижением перфузии почек плода и возникающим в результате уменьшения продукции мочи. Маловодие определяется у большинства плодов с СЗРП - 80–90%.

У плодов с диагностированным СЗРП определение скорости кровотока в артерии пуповины при помощи доплерометрии позволяет оценить вероятность неблагоприятного перинатального исхода и определить интенсивность наблюдения за состоянием плода.

Плоды с СЗРП подвержены высокому риску внутриутробных осложнений, в том числе гипоксии и метаболического ацидоза, которые могут развиваться в любом сроке беременности, однако чаще возникают во время родов, при этом у 50% плодов имеют место патологические изменения ЧСС, чаще всего вариабельные децелерации.

Младенцы с СЗРП составляют группу риска по осложнениям неонатального периода к которым относятся синдром меконияльной аспирации, эпизодическое апноэ, низкая оценка по шкале Апгар, необходимость интубации в родильном зале, судорожные припадки, сепсис, полицитемия, гипогликемия.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ случаев госпитализации в отделение патологии беременных и родильный блок областного родильного дома Павлодара за 2010г. В исследование включены 68 беременных с СЗРП. За год были изучены обменные карты, истории родов, истории развития новорожденного с СЗРП. Проведен анализ причин развившегося состояния, возрастного состава, осложнений во время беременности и родов.

Результаты исследования. Проведенными исследованиями было установлено, что средний возраст составил $23,6 \pm 2,1$ года, среди них основное количество были первородящие 78,9%. Следует отметить, что мы выявили высокую частоту следующих осложнений: плацентарная недостаточность, гипертензионные состояния, заболевания почек, анемии, выкидыши в анамнезе,

наличие вредных привычек. Все беременные регулярно наблюдались в женской консультации, у них отсутствовала тяжелая экстрагенитальная патология. У большинства беременных роды были преждевременными, диагностика состояния плода во время беременности (кардиотокография - КТГ, ультразвуковое исследование - УЗИ, доплерометрия) проводились в декретированные сроки. Все результаты инструментального обследования плодов были с патологическими изменениями.

Роды у беременных с СЗРП требуют от акушеров и неонатологов повышенной готовности к различным осложнениям и неблагоприятным перинатальным исходам. У наших пациентов преобладали роды, осложнившиеся выходом мекония в амниотическую жидкость, дистрессом плода, что приводило к росту оперативных родов при СЗРП.

Проведенный анализ подтверждает - комплексное проведение вышеуказанных мероприятий, позволит своевременно выявить ухудшение состояния плода, определить стратегию ведения беременности и родов, тем самым обеспечив снижение перинатальных потерь.

Литература:

1. Алан Х.Де Черни Лорен Натан. Акушерство и гинекология. Москва «Медпресс-информ». 2008.
2. Клинические протоколы утвержденные приказом МЗ РК 239 от 07.04. 2010г.
3. Александрова З.Д. Ультразвуковая характеристика плаценты в зависимости от клинических особенностей позднего токсикоза беременных. Автореф. дис. канд. мед.наук. Л., 1990.
4. Баркова С.Н., Медведев М.В. Допплеровское исследование гемодинамики в венах плода // Ультразвук, диагн. 1998. - №1. - с.24-34.

УДК 618.3-06-084-08

НЕИНВАЗИВНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕСТОЗОВ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ

С.М. Гарбузенко

КГКП «Городская поликлиника №2», г. Павлодар

Тұжырым

САҚТАНДЫРУДА УЫТСЫЗДАНДЫРУ ИНВАЗИЯЛЫҚ ЕМЕС ЖӘНЕ ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕЛІ ГЕСТОЗДІ ЕМДЕУ

С.М.Гарбузенко

Қорытынды: Гестоздар терапиясына энтеросорбция полифепанмен қосылуы зерттеулер бойынша клиника-лабораториялық көрсеткіштерін жақсартады – салмаққа қосылыстың төмендеуі, тәулік диурезінің көбеюі, несепте белок болмайды, диастолалық қысымының ерекшелігінде систоланы тұрақтандырады, жиілік жиырылуын қысқартады және интоксикацияның лейкоцитарлық көрсеткішін төмендетеді.

Түйіндеу: гестозаны емдеуде антиэндотоксиналық құрастыру құрамдас бөлігі ретінде полифепанды қолдану дәстүрлі терапиямен қатар пайдалы болуы мүмкін. Клиницистер арсеналында тиімді әдіс бар – энтеросорбция, жеңіл дәрежелі гестозаны емдеуге және сақтақтандыруға мүмкіндік береді.

Summary

NON-INVASIVE DETOXIFICATION TREATMENT IN THE PREVENTION OF MILD GESTOSIS

S.M. Garbuzenko

Summaries: According to the research, including enterosorption by polypefan into treatment of gestational toxicosis improves clinico-laboratory indicators – decrease of the rate of weight gain, increase of daily diuresis, absence of the protein in the urine, stabilizes systolic and especially diastolic blood pressure, decreases heart rate and decreases leukocytic index of intoxication.

Conclusion: Use of polypefan as a component of anti-endotoxin treatment of gestational toxicosis could be useful along with traditional therapy. There is an effective method of treatment in the arsenal of clinicians – enterosorption, which allows providing prophylaxis and treatment of the mild gestational toxicosis.

Актуальность. Гестоз беременных остаётся одной из самых актуальных проблем современного акушерства, оказывая неблагоприятное влияние на плод и здоровье матери. Традиционная комплексная терапия гестоза включает в себя создание лечебно-охранительного режима, диету, гипотензивную, кортикостероидную, антиагрегантную, антикоагулянтную и дезинтоксикационную терапию. При этом применение эфферентных методов (гемосорбция, плазмаферез) из-за сложности проведения, инвазивности, высокой стоимости, наличие ряда противопоказаний могут быть использованы у ограниченного количества больных, что

ведёт к необходимости поиска других методов детоксикации.

Применение энтеросорбции – одного из консервативных методов детоксикационной терапии – получило широкое распространение в клинической практике. Лечебное действие энтеросорбции обусловлено прямым и опосредованным эффектами. Прямое действие сорбента - это фиксация и выведение из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) бактериальных токсинов, эндогенных продуктов секреции и гидролиза, биологически активных веществ (нейропептидов, простагландинов, серотонина, гистамина), сорбция патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и вирусов, связывание газов. Опосре-

дованное действие – ослабление или устранение токсико-аллергических реакций, профилактика эндотоксикоза, снижение метаболической нагрузки на органы экскреции и детоксикации, коррекция процессов обмена веществ, восстановление целостности и проницаемости слизистых оболочек, улучшение кровоснабжения, стимуляция моторики кишечника.

Лечебный эффект сорбента достигается за счёт физико-химических свойств сорбирующего вещества, способного связывать и выводить из организма токсические продукты. Поэтому с целью снижения уровня интоксикации у беременных с гестозом в качестве детоксикационной и сорбционной терапии мною выбран энтеросорбент полифепан.

Полифепан – препарат растительного происхождения, получаемый из гидролизованного лигнина. Связывает различные микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности, токсины экзогенной и эндогенной природы, аллергены, ксенобиотики, тяжёлые металлы, радиоактивные изотопы, аммиак, двухвалентные катио-

ны и способствует их выведению через ЖКТ. Оказывает энтеросорбирующее, дезинтоксикационное, противодиарейное, антиоксидантное, гиполлипидемическое и комплексобразующее действие. Компенсирует недостаток естественных пищевых волокон в пище человека, положительно влияя на микрофлору толстого кишечника и на неспецифический иммунитет.

Материалы и методы. Всего под наблюдением находились 92 беременных с гестозом, они составили первую группу. Во второй контрольной группе 25 соматически и гинекологически здоровых женщин с неосложнённым течением беременности в возрасте от 19 до 33 лет. В ходе исследования у беременных первой группы использовали сорбент полифепан. Препарат назначали внутрь в виде суспензии в суточной дозе 150-180 мг/кг массы тела в течении 20-25 дней. С целью изучения особенности влияния энтеросорбента на эффективность комплексной терапии гестоза был проведён анализ клинико-биохимических показателей представленных в таблице:

Таблица. – Анализ клинико-биохимических показателей.

Показатель	До применения полифепана	После применения	Контрольная группа
ЧСС	88-90 в мин.	80-82 в мин.	78-80 в мин.
АД систолическое	120+-12	100+-10	110+-8
диастолическое	92+-8	76+-5	75+-6
Гематокрит	35-37 г/л	32-34 г/л	35-36 г/л
Гемаглобин	112+-10 г/л	115 г/л	116 г/л
Лимфоциты	19 %	22-26 %	20-24 %
Общий белок	60-62 г/л	62-63 г/л	64 г/л
Тромбоциты	190+-10.10/9	210+-10.10/9	220.10/9
Протромбин	105+-6 %	96+-8,2 %	100 %
Фибриноген	4,4 +-0,7 г/л	3,9+-0,5 г/л	4,2+-0,5 г/л
Креатинин	0,06+-0,01 ммоль/л	0,038+-0,01 ммоль/л	0,05+-0,01 ммоль/л
Мочевина плазмы	5,8+-1,2 ммоль/л	3,2+-1 ммоль/л	6 ммоль/л
Белок в моче	0,5+-0,2 ммоль/л	0-0,033 ммоль/л	0,033 ммоль/л
Суточное количество мочи	650-800мл/сут	1080-1500 мл/сут	1200 мл/сут
Прибавка в весе за неделю	600-750 грамм	250-320 гр	=300 гр
ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации.	1,5+-0,1	1,1+-0,2	1,2

Выводы: Согласно исследованиям включение энтеросорбции полифепаном в терапию гестозов улучшают клинико-лабораторные показатели – снижение прибавки в весе, увеличение суточного диуреза, отсутствует белок в моче, стабилизирует систолическое и в особенности диастолическое давление, урежает частоту сокращений и снижает лейкоцитарный индекс интоксикации.

Заключение: Использование полифепана в качестве компонента антиэндотоксикозной составляющей лечения гестоза может быть полезно наряду с традиционной терапией. В арсенале

клиницистов есть эффективный метод - энтеросорбция, который позволяет проводить профилактику и лечение лёгкой степени гестоза.

Литература:

1. Ветров В.В. Гестоз и эфферентная терапия. 2000. С. 12, 19-20. Санкт-Петербург.
2. Лужникова Е.А. Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов. 2001. С. 75-78. Москва.
3. Лысенков С.И. Неотложные состояния. 2001. С. 295-320. Майкоп.

УДК 616.-097-022-036.22(574.42)

ОБЗОР ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2001 ПО 2011 ГОДЫ В СРАВНЕНИИ С ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Н.Н. Сахнова

КГКП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», г. Семей

Резюме

Характер эпидемического распространения ВИЧ-инфекции в Семейском регионе в общем соответствует модели, присущей Республике Казахстан.

Эпидемическая ситуация с ВИЧ-инфекцией в г. Семей отличается от общереспубликанской эпидемической ситуации по Казахстану большей (в 3 раза) долей выявленных иностранных граждан; значительным ростом за последние 2 года в структуре выявленных случаев - жителей г. Семей и отсутствием случаев вертикального и гемотрансфузионного пути передачи ВИЧ.

ВИЧ активно внедрился в общую популяцию жителей города, не связанную с представителями уязвимых групп населения (потребители инъекционных наркотиков, работники секса, осужденные). Что позволяет говорить о дальнейшем росте как выявленных случаев среди населения, так и полового пути передачи.

Тұжырым

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫМЕН САЛЫСТЫРҒАНДА 2001 ЖЫЛЫНАН 2011 ЖЫЛЫНА ДЕЙІНГІ АРАЛЫҚҚА ШЫҒЫС-ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ АҚТҚ-ЖҰҚПАСЫ ЖӨНІНДЕГІ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Н.Н. Сахнова

Жалпы алғанда Семей өңіріндегі АҚТҚ-жұқпасының эпидемиологиялық таралуының сипаты Қазақстан Республикасының үлгісіне сай.

Семей қаласында АҚТҚ-жұқпасының эпидемиялық жағдайы Қазақстан бойынша жалпы республикалық эпидемиялық жағдайынан айырмашылықтары: (3 есеге) шетел азаматтары анықталған; соңғы 2 жылда Семей қаласының тұрғындарынан анықталған жағдайлардың өсуі және АҚТҚ-жұқпасының вертикалды мен гемотрансфузиялық жағдайлары болмаған.

АҚТҚ-жұқпасы халықтың осал топтарына қатысы жоқ қала тұрғындарының жалпы санына белсенді сіңіп кірді (инъекциялық есірткі тұтынушылар, секс қызметшілері, сотталғандар). Соған қарай тұрғындар арасынан анықталған жағдайлары және жыныстық жолымен берілуінің де кейінде өсуі туралы айтуға болады.

Summary

THE REVIEW OF AN EPIDEMIOLOGICAL SITUATION WITH A HIV-INFECTION IN SEMEY CITY OF THE EAST KAZAKHSTAN AREA FOR THE PERIOD FROM 2001 FOR 2011 IN COMPARISON WITH AN EPIDEMIOLOGICAL SITUATION IN REPUBLIC KAZAKHSTAN

N.N. Sahnova

Character of epidemic circulation of a AIDS-infection in Semey region in general corresponds to the model, which is in Republic Kazakhstan.

The epidemic situation with a AISD-infection in Semey's city differs from common republican epidemic situation across Kazakhstan the most (in 3 times) a share of the revealed foreign citizens; considerable growth for last 2 years in structure of the revealed cases - inhabitants of Semey's city and absence of cases of vertical and through of blood ways of transfer of a AIDS.

The AIDS has actively taken root into the general population of the inhabitants, which have been not connected with representatives of vulnerable groups of the population (consumers of drugs over injections, the workers of sex, condemned). That allows to speak about the further growth both the revealed cases among the population, and a sexual way of transfer.

Актуальность: Несмотря на многочисленные усилия и финансовые инвестиции, пандемия ВИЧ-инфекции продолжает интенсивное распространение, угрожая стабильности в ранее достаточно благополучных регионах. Совсем недавно считалось, что ВИЧ/СПИД это проблема в основном стран Африканского континента. В начале 90-х годов инфекция быстро распространилась в Юго-Восточной Азии. Конец 90-х годов характеризовался молниеносным развитием эпидемии в странах Восточной Европы. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы, составляющий в 1995 году около 30 тысяч заражённых, за последующие 2-3 года достиг полумиллионной цифры, превысив уровень стран Западной Европы [1]. Сотрудники Объединенной программы ООН по ВИЧ-инфекции предполагают, что число носителей вируса к 2010 году возрастет до 60 млн. Однако специалисты американского Национального Совета по разведке утверждают, что количество вирусоносителей в бли-

жайшие 8 лет увеличится более чем в 1,5 раза и достигнет 110 млн. человек, причем особенно высокий рост будет наблюдаться в Индии, Китае, Эфиопии, Нигерии, России и странах бывшего СНГ [2].

По данным экспертов ВОЗ, пандемия ВИЧ-инфекции включает в себя много разных эпидемий, каждая из которых имеет свою собственную динамику и подвержена влиянию различных факторов, включая время и путь вхождения вируса в популяцию, плотность населения, а также социальные и культурные проблемы. Даже в масштабах одной страны эпидемия одновременно может протекать в разных группах населения, состоять из множества более мелких эпидемий, которые хотя и взаимосвязаны с глобальной эпидемией, все же протекают по собственной схеме с различной скоростью [3].

Цель исследования: Установление изменений в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции на территории Семейского региона Восточно-Казахстанской области,

произошедшие за период с 2001 года по 2011 год в сравнении с динамикой развития ВИЧ-инфекции в целом по стране.

Материалы и методы: Изучение выявленных случаев ВИЧ-инфекции по г.Семей за период с 2001 по 2011 годы на основании данных окончательного эпидемиологического расследования по возрастному составу, социальным группам, путям и факторам передачи, гендерному составу, местам выявления, жительства и заражения ВИЧ-инфицированных в сравнении с общереспубликанскими показателями.

Результаты исследования и обсуждение: С момента выявления первого случая ВИЧ-инфекции и на 01.01.2012 года в г.Семей ВКО официально зарегистрировано 213 случаев ВИЧ-инфекции, что составило 1,2% от выявленных нарастающим итогом в стране (17763 случая) [4;5]. Показатель распространенности живых ВИЧ-инфицированных на 100 тысяч населения с исключением умерших составил 60,2 (РК - 107,7). Количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции в г.Семей сильно варьирует по годам (от 1 случая в 1997 году до 49 случаев в 2007 году). За 2011 год по г. Семей зарегистрировано 28 случаев ВИЧ-инфекции. Уровень заболеваемости в сравнении с прошлым годом вырос на 8 случаев (на 40%). Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения за 2011 год составил 8,5. В РК в 2011 году было выявлено на 0,9 % случаев больше, чем в 2010 году (2010 год - 1988 случаев, показатель – 12,5; 2011 год - 2006 случаев, показатель – 12,1).

По возрастному составу выявленных случаев ВИЧ-инфекции в г.Семей, наблюдается снижение ВИЧ-инфицированных возраста 20-29 лет с 65% в 2011 г.г. до 40% в 2011 году при одновременном увеличении возрастной доли 30-49 лет (с 18% в 2001 году до 60% в 2011 году (РК с 26% в 2005 году до 42% в 2011 году). В РК по сравнению с 2006 годом, доля ВИЧ-инфицированных в возрасте от 15 до 19 лет сократилась почти в два раза, также отмечено снижение зарегистрированных случаев в возрастной группе от 20 до 29 лет [5].

В г.Семей, как и по всей стране в последние годы, также увеличивается доля женщин репродуктивного возраста в числе новых зарегистрированных случаев. Этот показатель свидетельствует о повышении активности гетеросексуального пути передачи ВИЧ-инфекции. Инфицирование женщин преимущественно происходит от половых партнеров-наркопотребителей, в результате незащищенных сексуальных контактов. Если в начале эпидемии мужчины составляли 90-95% от выявленных случаев, то через 10 лет их доля снизилась до 71,4% (2011 год). Соответственно, выросла доля женщин до 29% в 2011 году. В г.Семей за последние 10 лет половой путь передачи с 2001 по 2011 годы вырос с 9% до 57,1 % (РК – с 5% до 52,1%)[5]. Также отмечается снижение темпов внутривенного пути передачи ВИЧ, что является следствием влияния реализуемых программ «снижения вреда» среди потребителей инъекционных наркотиков. Эти программы продолжают оставаться чрезвычайно актуальными в Казахстане, в том числе и в нашем городе. Благодаря им, парентеральный путь инфицирования ВИЧ снизился в г.Семей с 82% в 2001 году до 43% в 2011 году (соответственно в РК с 88% до 44%) [5].

Произошли значимые изменения в социально-профессиональной структуре ВИЧ-инфицированных. Увеличилась доля рабочих и служащих при снижении доли неработающих граждан, что свидетельствует о том, что ВИЧ постепенно переходит на благополучные слои населения. В динамике с 2001 по 2011 годы по

г.Семей наблюдается увеличение работающих граждан в 2,5 раза - с 9 % до 22 % (в РК с 10 % до 26 %) [5].

В структуре ВИЧ-инфицированных по г.Семей за последние 10 лет значительно увеличилась доля выявленных иностранных граждан с 9% до 18%, что превышает данный среднереспубликанский показатель в 3 раза. В общем, по РК доля выявленных иностранцев в динамике по годам практически не изменилась. Ежегодно иностранные граждане составляют около 4 - 6% от всех выявленных по стране.

В структуре случаев по г.Семей за последние 10 лет наблюдается снижение доли выявленных ВИЧ-инфицированных в местах лишения свободы (учреждения ОВ 156/14, ОВ 156/15, ОВ 156/16 и ОВ 156/19) с 55% до 32% [5]. Это связано как с увеличением доли женщин в структуре выявленных случаев (женщины составляют только 10% от всех осужденных), так и ростом полового пути передачи (в места заключения осужденные попадают зачастую за преступления, связанные с употреблением и распространением наркотиков, и большая часть выявленных ВИЧ-инфицированных осужденных заражается именно парентеральным путем при наркопотреблении). Немаловажную роль в снижении доли выявляемых ВИЧ-инфицированных в колониях и тюрьмах по г.Семей сыграло изменение политики тестирования на ВИЧ, когда осужденные обследуются на ВИЧ в период отбывания срока неоднократно, в том числе и находящиеся в следственных изоляторах. Таким образом, все больше в колонии г.Семей попадают иногородние ВИЧ-инфицированные осужденные с уже известным ВИЧ-статусом, и, соответственно, не попадающие в количество выявленных случаев по г.Семей. До 2008 года эта категория осужденных в основном и определяла структуру заболеваемости ВИЧ по нашему региону. Однако, изменение политики тестирования на ВИЧ в РК, повсеместное внедрение программ снижения вреда среди наркопотребителей, находящихся на свободе способствовало тому, что, в общем, по стране также наблюдается двукратное снижение доли осужденных в структуре зарегистрированных (с 36 % в 2001 году до 16 % в 2011 году) [4].

Эти факторы не могли не повлиять и на изменение структуры ВИЧ-инфицированных по месту постоянного проживания. Если в 2002, 2004 и 2005 годах среди выявленных Центром по профилактике и борьбе со СПИД г.Семей не было зарегистрировано ни одного местного жителя, то в 2010 году жители нашего города в общей структуре выявленных случаев составляли уже 60 % [5].

Увеличение доли женщин в структуре выявленных случаев и рост полового пути передачи ВИЧ служит предпосылками к реализации вертикального (от матери к ребенку) пути передачи ВИЧ в г.Семей. За период регистрации с 1997г. ВИЧ-инфекции в нашем регионе, данный путь инфицирования пока не выявлен. Однако, в 2011 году в г. Семей зарегистрировано уже 4 ВИЧ-инфицированные беременные женщины (40% от зарегистрированных нарастающим итогом на конец 2011 года), родилось 2 ребенка от ВИЧ – инфицированных беременных женщин (33,3% от зарегистрированных нарастающим итогом на конец 2011 года). Кумулятивно, на 01.01.2012 года в г. Семей зарегистрировано всего 10 ВИЧ – инфицированных беременных женщин, родилось от ВИЧ – инфицированных беременных женщин 6 детей [5].

В РК также наблюдается увеличение числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин. В 2011 году в стране зарегистрированы 302 ВИЧ-инфицированные беременные женщины, что составило 16,5 % от зарегистрированных нарастающим итогом (1824). От ВИЧ –

инфицированных матерей в 2011 году родилось 266 детей (19,7% от родившихся нарастающим итогом (1348). Диагноз ВИЧ-инфекция в стране выставлен уже 71 детям, родившимся от ВИЧ – инфицированных матерей, 335 детей пока состоят на диспансерном учете до верификации диагноза [4].

Литература:

1. Шарман Арман «Вирус иммунодефицита человека. Молекулярно-клеточные аспекты, диагностика, принципы терапии и профилактики ВИЧ-инфекции». – Алматы, Фонд «XXI век», 2002. – 189 с.

2. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Митин Ю.А. Клиническая иммунология. Руководство для врачей. – СПб, 2001. – 576 с.

3. Крюкова В.А., Ганина Л.Ю., Трумова Ж.З., Сапарбеков М.К. Основы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. (Пособие для преподавателей). – Алматы, 2010. – 292 с.

4. «Информационный бюллетень Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД» за 2000-2011 годы.

5. «Информационный бюллетень Центра по профилактике и борьбе со СПИД г. Семей» за 2000-2011 годы.

УДК 616.9-097-022:364.62

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ. ОПЫТ РАБОТЫ ГУ «КОСТАНАЙСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД»

Ж.А. Тютенова, Б.С. Демисенова, М.Х. Хамзин

ГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД», г. Костанай

Резюме

Настоящая статья посвящена проблеме организации системы эффективной социально-психологической помощи ВИЧ-инфицированным. В первой части статьи автор описывает актуальность данной проблемы, с точки зрения темпов распространения ВИЧ в Казахстане и регионе. Во второй, описываются формы работы по оказанию психосоциальной помощи на примере конкретного учреждения. Заключительная часть посвящена проблемам, которые обуславливают недостаточную эффективность проводимых мероприятий и пути их решения.

Тұжырым

ЖҚТБ – НЫ ЖҰҚТЫРҒАНДАРҒА ӘЛЕУМЕТТІК – ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК.

«КОСТАНАЙ ОБЛЫСЫНЫҢ ОРТАЛЫҚ АҚТБ - МЕН КҮРЕС ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ» ММ ЖҰМЫС ТӘЖІРБИЕСІ

Ж.А. Тютенова, Б.С. Демисенова, М.Х. Хамзин

Осы мақала АИТВ-жұқтырылғандарға тиімді әлеуметтік-психологиялық көмек жүйесін ұйымдастыру проблемаларына арналған. Мақаланың бірінші бөлімінде автор Қазақстанда және өңірлерде АИТВ-н таралу қарқынының көзқарасы, берілген проблеманың өзектілігін сипаттайды. Екіншіде нақты мекеме үлгісіндегі психосоциалдық көмек көрсету бойынша нұсқаның мысалдары сипатталады. Қорытынды бөлім өткізілетін іс шаралардың және оларды шешудің жолдарының тиімділігінің жетіспеушілігін ескертетін проблемаларға арналған.

Summary

PSYCHO-SOCIAL SUPPORT TO HIV-POSITIVE. EXPERIENCE "KOSTANAI REGIONAL CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL OF AIDS"

Zh.A. Tyutenova, B.S. Demisenova, M.H. Khamzin

This paper is devoted to the organization of effective psychosocial care for HIV-positive. In the first part of the article the author describes the urgency of the problem in terms of the spread of HIV in Kazakhstan and the region. In the second, described by the form of work to provide psychosocial support to the example of the agency. The final part deals with the problems that lead to lack of effectiveness of interventions and solutions.

Вот уже на протяжении более чем 20 лет проблема распространения ВИЧ/СПИД остается одной из самых сложных проблем человечества. Темпы распространения этого заболевания в мире требуют незамедлительного поиска все более эффективных мер борьбы с ним.

По данным эпидемиологического надзора за ВИЧ, в Костанайской области на 01.01.2012г. зарегистрировано -1090 ВИЧ-инфицированных в т.ч. детей до 14 лет -11. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции в пересчете на 100 000 населения области составляет 105,9 (по РК -86,4). При этом ежегодный прирост числа ВИЧ-инфицированных с 2008-2011г. в среднем составил 141 больной, т.е. средний показатель заболеваемости (выявляемости) ВИЧ на 100 000 населения за эти годы составил - 15,9.

На 01.01.2012г. диагноз СПИД поставлен 37 больным в т.ч. 2 детям, что составило 2,5% от числа всех зарегистрированных больных. Умерло больных на стадии СПИД - 23, в т.ч. детей - 2. По уровню распространенности ВИЧ-инфекции Костанайская область занима-

ет 5 место в Республике после г. Алматы, Карагандинской, Павлодарской и Восточно-Казахстанской областей. В настоящее время случаи ВИЧ-инфекции регистрируется во всех районах области.

При таких масштабах распространения ВИЧ-инфекции проблемы особенностей протекания этого заболевания перестают быть исключительной прерогативой врачей-клиницистов и эпидемиологов, а переходят в принципиально новую, социально-психологическую плоскость. В настоящее время мы имеем дело с возрастающей общностью людей «микросоциумом», объединенных общим признаком (заболеванием). В силу того, что ВИЧ-инфекция относится к категории неизлечимых, «особо опасных» в инфекционном плане заболеваний, обусловленных зачастую негативным «поведенческим» фактором, оно практически всегда воспринимается обществом как негативное и отвергаемое явление. Поэтому ВИЧ-носительство оказывает очевидное негативное влияние на психику больного человека. В такой ситуации именно социально-

психологическая помощь на наш взгляд может и должна оказывать существенное влияние на: -профилактику эпидемии,

-предотвращение негативных социально-психологических последствий заражения ВИЧ (ауто-агрессивного, асоциального и противоправного), -социальную защиту и защиту прав ВИЧ-инфицированных людей.

Социально-психологическая помощь ВИЧ-инфицированным в нашем центре, оказываться по нескольким направлениям:

1. Информационное: - через СМИ (телевиденье, радио, печатные издания), путем распространения ИОМ (буклеты, брошюры, календари) привлекается внимание населения к проблемам распространения ВИЧ, путях передачи, методах диагностики, мерах профилактики, и т.д. Организацию выступлений специалистов по радио, телевиденью, СМИ, привлечение журналистов к освещению мероприятий, проводимых областным центром СПИД осуществляет журналист центра. Обеспечение различных слоев населения, включая уязвимые (ПИН, РС) информационно-образовательным материалом осуществляется профилактическим отделом.

2. Образовательное: В штатах областного центра СПИД предусмотрена ставка педагога, который организует работу по профилактике ВИЧ с молодежью (акции, тренинги, дебаты). Профилактическими программами охвачены все школы, высшие и среднеспециальные учебные заведения области. Кроме того, проводится подготовка преподавателей школ и других учебных заведений на базе института повышения квалификации учителей (ИПКУ).

Большое внимание уделяется обучению медицинских работников. На 01.01.2012г. в области на базе лечебно-профилактических учреждений функционируют - 37 кабинетов психосоциального консультирования (ПСК) и - 41 кабинет анонимного тестирования (АТ). На базе областного центра СПИД функционирует кабинет ПСК, который на постоянной основе оказывает организационно-методическую помощь специалистам кабинетов ПСК, функционирующим в лечебных организациях области (обучение на рабочем месте, семинары, тренинги, обеспечение информационно-образовательным материалом). За 12 мес.2011 года эпидемиологическим скринингом на ВИЧ по области охвачено 110840 человека, что составило 12,6% от населения области. Из общего числа обследованных на ВИЧ, 73273 человека (63,4%) –посетили кабинеты ПСК. Из 112 выявленных в 2011г. ВИЧ-инфицированных больных, 62 (52,1%) получили психосоциальную помощь в специализированных кабинетах ПСК.

3. Оказание непосредственной психологической помощи и поддержки ВИЧ-инфицированным больным:

- через бесплатный «телефон доверия», специалисты центра, получая даже анонимную «обезличенную» информацию имеют возможность оказывать консультативную, психологическую помощь и поддержку;

- через официальный сайт областного центра СПИД, специалисты центра имеют возможность решать задачи установления индивидуального контакта с «потенциальным» больным и родственниками, мотивировать их на очное обращение к специалистам, оказывать консультативную помощь.

- через кабинет ПСК, очное психологическое консультирование. В нашем центре медицинским психологом проводится дотестовое и послетестовое консультирование всех пациентов, обратившихся для обследования на ВИЧ, основной целью которого, является обеспечение профилактики ВИЧ-инфекции. Огромное вни-

мание уделяется «кризисному» консультированию т.е. психологической поддержке уже заразившихся. Заражение вирусом иммунодефицита человека влечет за собой серьезные последствия эмоционального и социального характера, изменяет привычное поведение инфицированного лица, сказывается на семейных отношениях и юридическом статусе. Приспособление к жизни в условиях ВИЧ-инфекции предполагает постоянную борьбу с психотравмирующими воздействиями. Вследствие этого с момента возникновения подозрения на заражение ВИЧ-инфекцией больной подвергается постоянному психогенному стрессу, в связи с чем необходимо принять меры для смягчения его медицинских и социальных последствий. Задача кризисного консультирования состоит в определении сути проблемы и восстановлении самообладания консультируемого, недопущении суицида.

4. Социализация и адаптация ВИЧ-инфицированных:

- Эпидемия ВИЧ, привела к появлению в общественном сознании предубежденности в отношении инфицированных и больных. Заражение ВИЧ расценивается обществом как закономерный результат аморального и антисоциального поведения. При появлении инфицированного лица в его окружении (семья, родственники, друзья, коллеги и др.) прослеживается реакция отторжения. Своевременно проведенная социальная адаптация больного позволит предотвратить его агрессивность по отношению к обществу, желание «отомстить путем распространения СПИДа», предотвратить соблазн заняться проституцией для компенсации финансовых потерь вследствие утраты средств к существованию. Однако, специалисты центров СПИД, оказывая медицинскую помощь, не могут решить все проблемы ВИЧ-инфицированных. Крайне необходимо помочь ВИЧ-инфицированным сохранить или восстановить социальный статус, включить их самыми разнообразными способами в жизнь общества.

Выводы: Система оказания социально-психологической помощи на данном этапе должна быть расширена в направлении социализации ВИЧ-инфицированных:

-оказания им социальной и материальной помощи и защиты,

- помощи в трудоустройстве, в профориентации и получении образования,

- юридической помощи, и т. д.

Для этого необходимо:

1. Сформировать в обществе устойчивую систему толерантного и гуманного отношения к ВИЧ-инфицированным, путем повышения информированности населения о путях передачи и профилактики ВИЧ-инфекции;

2. Совершенствовать ведомственную нормативно-правовую базу по вопросам социальной и правовой защиты ВИЧ-инфицированных, исключая стигму и дискриминацию.

3. Привлечь неправительственные организации для реализации социальных проектов по ВИЧ/СПИД.

4. Создать сеть стационаров для оказания паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным.

Литература:

1. Беляева, Покровский, Кравченко "Консультирование при ВИЧ инфекции".

2. Сафина А.А. «Консультирование в медико-социальной работе»

3. Отчеты по итогам работы за 2011г. ГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»

УДК 616.9-097-22-616.97(574.42)

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В ГОРОДЕ СЕМЕЙ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011 ГОД В СРАВНЕНИИ С 2009-2006 Г.Г.

Н.Н. Сахнова, Л.Ю. Аймурзина, С.Р. Калиева

**КГКП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», г. Семей»,
КГКП «Кожно-венерологический диспансер», г. Семей**

Резюме

Высокий уровень знаний пациентов с симптомами ИППП о путях передачи и профилактики ВИЧ-инфекции не привел к формированию стереотипа безопасного сексуального поведения (низкое использование презервативов с непостоянными и коммерческими половыми партнерами). Это говорит о низкой настороженности населения в отношении риска инфицирования ВИЧ половым путем.

Профилактические вмешательства в данной категории населения необходимо переориентировать на формирование безопасного сексуального поведения с акцентом на: повышенный риск инфицирования ВИЧ при наличии ИППП; опасность сексуальных контактов с непостоянными и коммерческими партнерами; обязательное использование презервативов.

Особое внимание при проведении профилактических мероприятий уделить женщинам, а также пациентам старшего возраста, как имеющим более низкий информационно-образовательный уровень по этой тематике.

Существует высокая вероятность активного распространения ВИЧ в г. Семей среди населения с симптомами ИППП, именно половым путем.

Тұжырым

**2006-2009 ЖЫЛДАРМЕН САЛЫСТЫРЫЛҒАН 2011 ЖЫЛҒЫ ШЫҒЫС-ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ
СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖЫНЫСТЫҚ ЖОЛМЕН БЕРІЛЕТІН ЖҰҚПАЛАР БЕЛГІЛЕРІ
БАР НАУҚАСТАРДЫҢ АРАСЫНДА АҚТҚ-ЖҰҚПАСЫН ШОЛҒЫНШЫ
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАДАҒАЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ АНАЛИЗІ**

Н.Н. Сахнова, Л.Ю. Аймурзина, С.Р. Калиева

ЖЖБЖ белгілері бар науқастардың АҚТҚ-жұқпасының берілу жолдары және алдын алу жөніндегі білімінің жоғары деңгейі қауіпсіз жыныстық қатынас мінез – құлқының қалыпына келтірмеді (тұрақсыз және коммерциялық жыныстық серіктеспен мүшеқапты қолдануы төмен).

Бұл АҚТҚ-жұқпасын жыныстық жолымен жұқтыру қауіпінен халықтың сақтылығы төмен болғанын білдіреді.

Халықтың осы тобының арасында алдын алу шараларын қауіпсіз жыныстық қатынастың мінез-құлқына қайта бағыттау, әсіресе: ЖЖБЖ белгілері бар кезінде АҚТҚ - жұқпасын жұқтыруға жоғары қауіпі бар; тұрақсыз және коммерциялық серіктестермен жыныстық қытанасқа түскені қауіпті; міндетті түрде мүшеқапты қолдану.

Алдын алу шараларын өткізген кезде әйелдерге және бұл жайында ақпараттық-білім деңгейі төмен болғанына қарай жасы үлкен пациенттерге де ерекше назар аудару керек.

Семей қаласының ЖЖБЖ белгілері бар тұрғындары арасында АҚТҚ-жұқпасының белсенді таралуына жоғары мүмкіндігі бар, әсіресе жыныстық жолмен.

Summary

THE ANALYSIS OF RESULTS OF PATROL EPIDEMIOLOGICAL SUPERVISION OF A HIV-INFECTION, AMONG PATIENTS WITH SYMPTOMS OF THE INFECTIONS TRANSFERRED BY A SEXUAL WAY, IN SEMEY CITY OF THE EAST KAZAKHSTAN AREA FOR 2011 IN COMPARISON WITH 2009-2006

N.N. Sahnova, L.J. Ajmurzina, S.R. Kalieva

The high level of knowledges of patients with symptoms of STI about ways of transference and prevention of HIV-infection didn't lead to shaping of a stereotypes of safe sexual behavior (low use of condoms with unconstant and commercial sexual partners). It speaks about low suspicion of the population concerning risk of an infection of a HIV through sexual contact.

Preventive interventions in this category of the population are necessary for reorienting on formation of safe sexual behavior with accent on: the increased risk of an infection of a HIV in the presence of STI; danger of sexual contacts with unconstant and commercial partners; obligatory use of condoms.

Special attention at carrying out of preventive measures to give to women, and also patients of oldest age, as having a lower information-educational level on these topics.

There is a high probability of active spreading of a HIV in Semey city among the population with symptoms of STI, exactly by sexual way.

Актуальность: По данным доклада ЮНЭЙДС и ВОЗ о Глобальной эпидемии СПИДа, опубликованного в 2008 году, людей, живущих с ВИЧ в мире, насчитывается около 33 миллионов. Причем, эпидемия ВИЧ-инфекции в разных регионах планеты распространяется неравномерно. В Центральной Азии, по мнению экспертов ЮНЭЙДС, на сегодняшний день зарегистрирован низкий уровень распространенности ВИЧ-инфекции по сравнению со странами Восточно-Европейского региона

СНГ. Однако, активный рост темпов регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции вызывает обеспокоенность органов здравоохранения и свидетельствует о необходимости широкого внедрения профилактических программ [1]. Неблагоприятным прогностическим признаком создавшейся эпидемической ситуации в Республике Казахстан, является тенденция роста полового пути передачи ВИЧ-инфекции. Если в период максимального подъема заболеваемости (1996-1997 г.г.) он составлял

6,2%, то в 2010, 2011 годах – 42,8 % и 52,1% соответственно [2]. Это свидетельствует о том, что развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в стране все больше приобретает крупномасштабный характер, проникая в различные социальные и возрастные группы населения. Наличие у человека инфекций передающихся половым путем (ИППП) значительно повышает риск заражения ВИЧ. В г.Семей, как и во всей стране растет половой путь передачи ВИЧ (с 9% в 2001 году до 57,1% в 2011 году) с начавшейся регистрацией ВИЧ-инфекции у пациентов кожно-венерологического диспансера, обследованных в связи с обращением за лечением ИППП [3]. Необходимо учитывать, что за 2009-2011 годы в г.Семей ежегодно регистрировались около 1200 новых случаев ИППП (в РК - около 40 тысяч) [4], к тому же данные официальной статистики не отражают истинной картины заболеваний. Многие пациенты занимаются самолечением, обращаются в частные клиники, и эти случаи не попадают в статистические сводки.

Для углубленного системного изучения особенностей эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на конкретных территориях, выявления причин и условий его детерминирующих, с 2005 года по всему Казахстану внедрен дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН). ДЭН – это систематический сбор данных о тенденциях распространения ВИЧ-инфекции в выборочных группах населения. С учетом постепенного перехода эпидемии ВИЧ на общую популяцию населения, реализуемого половым путем, с 2006 года в ДЭН включена группа пациентов с симптомами ИППП, обращающихся за лечением в кожно-венерологические диспансеры. В г.Семей, на базе Кожно-венерологического диспансера (КВД), ДЭН в данной дозорной группе проводился трижды (2006, 2009, 2011 годы).

Цель исследования: Изучение распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса, факторов рискованного поведения среди пациентов с симптомами ИППП для разработки и внедрения эффективных профилактических программ и оценки их результативности.

Материалы и методы: Размер выборки, рассчитанный в программе ЭПИ-ИНФО с учетом предполагаемой распространенности ВИЧ среди пациентов с симптомами ИППП в 0,1% не менялся с 2006 года (320 человек). В выборку включались пациенты с симптомами ИППП, при обращении в КВД г. Семей (исключая явных наркопотребителей и работников секса). Участие в исследовании было анонимным и добровольным на основе информированного согласия пациентов. От каждого пациента параллельно под одним регистрационным номером забиралась сухая капиллярная капля крови (СККК) на ВИЧ, антитела к сифилису, вирусному гепатиту «С» на фильтровальную тест-карту (бумара Schleicher & Schuell № 903) и заполнялась единая анкета. Исследования проводились по второй стратегии тестирования методом ИФА: скрининговый этап с использованием тест-систем российского производства, экспертный этап с использованием экспертных тест-систем. Свои анализы каждый участник исследования мог узнать по индивидуальному коду, указанному в приглашении. Результаты анкетирования и анализов СККК заносились в программу «ЭПИ-ИНФО», затем обрабатывались.

Результаты исследования и обсуждение: Среднестатистический пациент с симптомами г. Семей – замужняя, работающая женщина казашка со средне-специальным образованием, возраста около 30 лет. Средний возраст начала половой жизни составляет 18,1 лет. В течение 3-х лет проведения ДЭН, возраст начала вступления в половые отношения у пациентов с симп-

томами ИППП практически не изменился и составляет 17,5 – 18 лет. В 2011 году имели сексуальные отношения с непостоянными и коммерческими партнерами – 35,9% респондентов (2009 год – 46,6%; 2006 год – 46,3%). Наиболее опасными, являются сексуальные контакты с непостоянными половыми партнерами, так как только каждый 4-й респондент при этом использовал презерватив. В общей выборке не установлено различия в наличии непостоянных и коммерческих половых партнеров у лиц, состоящих и не состоящих в браке. Только женщины, состоящие в браке - имели в три раза меньше непостоянных партнеров (соответственно 5,6% у состоящих в браке и 17,4% у не состоящих в браке). Мужчины же (как состоящие в браке, так и не состоящие) имели гораздо больше и коммерческих и непостоянных партнеров, чем женщины. Основной причиной неиспользования презерватива с непостоянными и коммерческими половыми партнерами называется «отсутствие необходимости» (67,3%).

В 2011 году правильно идентифицировали все истинные и ложные пути передачи ВИЧ – 58,4% пациентов с симптомами ИППП. Уровень информированности респондентов по сравнению с 2009 годом вырос на 6,8%. Наиболее высокий уровень информированности у молодежи до 25 лет (73,4%). Свыше 90% пациентов с симптомами ИППП дают верные ответы на вопросы о профилактике полового пути передачи ВИЧ.

Обследовались на ВИЧ за последний год - 85,3% пациентов с симптомами ИППП (2009 год - 42,2%). Однако, только 82,4% тестирувавшихся на ВИЧ знают свой результат.

Распространенность ВИЧ-инфекции в течение 3-х лет проведения ДЭН среди пациентов с симптомами ИППП в г. Семей остается на уровне 0% (при 95% доверительном интервале 0,0 – 2,0%). Распространенность вирусного гепатита «С» (ВГС) среди пациентов с симптомами ИППП в 2011 году по сравнению с 2009 годом выросла в 2,5 раза и составила 5,6% от выборки. Не установлено различия в распространенности ВГС среди мужчин и женщин с симптомами ИППП. Однако, распространенность ВГС среди лиц моложе 25 лет - в 2 раза ниже, чем в возрасте 25 лет и старше. Среди респондентов, состоящих в браке, распространенность ВГС в 1,5 раза выше, чем у не состоящих в браке. Распространенность антител к сифилису в сравнении с 2009 годом снизилась ≈ в 1,5 раза и составила 15%. Причем, распространенность антител к сифилису в 2011 году среди мужчин и женщин практически одинакова. Распространенность антител к сифилису у состоящих в браке респондентов, в 1,5 раза выше, чем у холостых и незамужних.

Литература:

1. Крюкова В.А., к.м.н.; Ганина Л.Ю.; Трумова Ж.З., д.м.н.; Сапарбеков М.К., д.м.н. «Основы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией» (пособие для преподавателей). – Алматы, 2010. – 292 с.
2. «Информационный бюллетень Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД» за 2000-2011 годы.
3. «Информационный бюллетень Центра по профилактике и борьбе со СПИД г.Семей» за 2000-2011 годы.
4. Ганина Л.Ю.; Елизарьева А.В. с соавторами «Основы эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2009 год в Республике Казахстан». – Алматы, 2010. – 194 с.

УДК 616.36-005.3-02-092

ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

К.Ш. Жылкыбаева

*Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей***Тұжырым****ЭТИОЛОГИЯ ЖӘНЕ БАУЫР ЦИРРОЗЫ ПАТОГЕНЕЗІНІҢ СҰРАҚТАРЫ****К.Ш. Жылкыбаева**

Бауыр циррозы (БЦ) – бауырдың диффузды қабыну үдерісі, ол бауырдың архитектоникасының фиброздануы мен регенерациялық түйіндерінің түзілуі нәтижесімен сипатталады, осы үдеріс этиологиялық фактордың әсер етуінің тоқтатылуына қарамастан дами береді. Осы әдеби шолуда бауыр циррозының этиологиясы мен патогенезінің негізгі сұрақтары қарастырылған.

Summary**QUESTIONS OF THE AETIOLOGY AND PATOGENESIS OF THE CIRRHOSIS****K.Sh. Zhylkybaeva**

Cirrhosis - diffusion inflammatory process in a liver, characterized by its infringement architectonics as a result fibrosis and formations of knots of regeneration which progresses, despite cancellation etiological factors. In the given literary review the basic questions of an etiology and pathogenesis a cirrhosis are considered.

Цирроз печени (ЦП) - диффузный воспалительный процесс в печени, характеризующийся нарушением ее архитектоники в результате фиброза и образования узлов регенерации, который прогрессирует, несмотря на прекращение действия этиологических факторов. Наиболее частыми причинами развития ЦП у взрослых являются вирусы гепатита В, D, С и алкоголь. У части больных ЦП развивается в исходе аутоиммунного гепатита и неалкогольного стеатогепатита [1,2].

Основные этиологические факторы ЦП:

- Вирусы гепатита В, С, D (HBV, HCV, HDV).
- Алкоголь (прием этанола более 80 г в сутки, 5 раз и более в неделю в течение более 5 лет).
- Тезауризмозы - болезни накопления (гемохроматоз, болезнь Вильсона-Коновалова, недостаточность α_1 -антитрипсина, гликогеноз IV типа, галактоземия, тирозиноз).
- Неалкогольные стеатогепатиты.
- Иммунные нарушения (исход аутоиммунного гепатита).
- Холестаз внутри- и внепеченочный (длительно существующий).
- Нарушение венозного оттока от печени (синдром Бадда-Киари, веноокклюзионная болезнь, констриктивный перикардит).
- Неуточненная этиология (криптогенный цирроз) [1,3].

Морфологическая картина при ЦП не зависит от этиологии заболевания и при гистологическом исследовании выявляется фиброз, а также формирование ложных долек. В зависимости от размеров ложных долек выделяют мелкоузловой, крупноузловой и смешанный цирроз печени. Однако эта классификация практически не используется клиницистами в связи с наличием противопоказаний для проведения пункционной биопсии печени у большинства пациентов ЦП [2,4].

Патогенез формирования и прогрессирования ЦП включает несколько факторов, основными из которых являются некрозы гепатоцитов и прогрессирующий фиброз. Обычно для развития ЦП требуется достаточно много лет, и если при биопсии печени выявляется фиброз, то мы не имеем точки отсчета, когда этот процесс становится необратимым. Гепатоцеллюлярные некрозы и регенерация гепатоцитов, воспаление и фиброз являются взаиморегулирующими процессами, нарушение которых лежит в основе прогрессирования ЦП [4,6,7].

Печеночные клетки могут быть повреждены непосредственным воздействием этиологических агентов, таких как алкоголь, вирус, или являются объектом аутоиммунной и иммунной агрессии, а также в результате воздействия на клетки продуктов клеточных некрозов и воспаления. Некрозы гепатоцитов при ЦП связаны также с развитием ишемии в центральных зонах ложных долек в результате снижения кровотока, уменьшения количества венозных и артериальных сосудов и капилляризации оставшихся синусоидов на периферии ложных долек. Определенную роль в формировании некрозов гепатоцитов играют иммунологические нарушения, обусловленные дисфункцией купфферовских клеток, синтезирующих провоспалительные цитокины (ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6 и др.). Ключевую роль в синтезе цитокинов играет эндотоксемия, которая при ЦП в первую очередь связана с развитием избыточного бактериального роста в кишечнике, транслокацией кишечных бактерий и их токсинов в систему воротной вены и лимфу и поступлением их в печень [7,8].

Механизмы поражения кишечника при циррозах печени включают три ключевых звена:

- Дефицит желчных кислот в кишечнике как проявление печеночно-клеточной недостаточности и/или холестаза.
- Нарушение нормального состава кишечной микрофлоры.
- Развитие портальной гипертензионной энтеро- и колонопатии.

Дефицит желчных кислот в кишечнике приводит к снижению бактерицидности желчи и избыточному бактериальному росту в кишечнике, нарушению гидролиза липидов, замедлению моторики билиарной системы и кишечника. Нарушение нормального состава кишечной микрофлоры сопровождается избыточной продукцией органических кислот, кишечного газа и этанола в результате микробного гидролиза компонентов пищи [6,8].

Последнее сопровождается повышением осмолярности и снижением pH содержимого кишечника, а также бактериальной деконъюгацией желчных кислот и гидроксигированием жирных кислот с активацией секреторной функции кишечного эпителия. Избыточный бактериальный рост в тонкой кишке приводит к снижению содержания и активности внутрипросветных и пристеночных ферментов, нарушению процессов пищеварения и всасывания в результате падения внутрикишечного

го уровня pH и разрушения ферментов микрофлорой, развитием структурных нарушений щеточной каймы энтероцитов при адгезии к слизистой оболочке кишки условно-патогенных бактерий. В ряде случаев это сопровождается развитием воспалительных изменений слизистой оболочки кишечника в результате прямого цитотоксического воздействия бактериальных эндо- и экзотоксинов, ферментов, компонентов бактериальных клеток или вследствие антигенной стимуляции слизистой оболочки с формированием патологических иммунных механизмов [1,4,7].

Развитие портальной гипертензионной энтеро- и колонопатии сопровождается нарушением кровотока и изменением структуры сосудистых стенок в слизистой оболочке кишки, повреждением кишечного слизистого барьера и транслокацией кишечной микрофлоры за пределы кишки. В результате поступления с портальной кровью микробов, бактериальных липополисахаридов формируются системные поражения и эндотоксемия с активацией клеток Купфера и избыточной продукцией провоспалительных гепатотоксичных цитокинов (TNF-а и др.). Патологические процессы, дополнительно развивающиеся при циррозе печени при наличии избыточного бактериального роста в кишечнике, включают неалкогольную жировую дистрофию гепатоцитов, внутрипеченочный интралобулярный холестаз, печеночно-клеточную дисфункцию (конкурентная неконъюгированная гипербилирубинемия), воспалительные процессы и дискинетические нарушения внепеченочного билиарного тракта [6,7].

Уменьшение количества клеток Купфера, нарушение обезвреживания эндотоксинов печенью приводит к значительному повышению их в системной циркуляции. В результате вырабатывается избыточное количество монокинов и провоспалительных цитокинов, которые могут быть причастны к иммунологическим некрозам гепатоцитов и развитию некоторых системных поражений органов и тканей при ЦП [4,5].

Определенная роль в цитолизе гепатоцитов принадлежит холестазу в результате задержки компонентов желчи в гепатоцитах и билиарной системе. Внутрипеченочный холестаз развивается вследствие нарушения кишечного метаболизма и всасывания желчных кислот, избыточного всасывания литохолевой кислоты и повреждения холангиоцитов токсическими желчными кислотами [5,6]. Некрозы гепатоцитов ведут к коллапсу печеночных долек с формированием пассивных септ, а распространение воспалительного процесса из портальных трактов или фиброзных тяжей в ложные дольки в сочетании с различной степенью выраженности некрозов гепатоцитов ответственны за формирование активных соединительнотканых септ.

Вторым чрезвычайно важным звеном патогенеза формирования и прогрессирования ЦП является фиброгенез. Основным продуцентом компонентов соединительной ткани являются клетки Ито (синонимы - звездчатые клетки, липоциты, перипиты). Они располагаются в пространстве Диссе, и в состоянии покоя в них накапливаются липиды и витамин А. При активации данных клеток происходит исчезновение капель жира из цитоплазмы, появление α -актина - белка гладкой мускулатуры, их пролиферация с увеличением плотности рецепторов к цитокинам, которые стимулируют фиброгенез. Активированные клетки Ито секретируют тканевые ин-

гибиторы металлопротеиназ, что приводит к разрушению матрикса в пространстве Диссе и отложению коллагена I, III и V типов с формированием фибрилл и фибронектина. Данные процессы лежат в основе капилляризации синусоидов, нарушающей обмен веществ между печеночной клеткой и кровью и участвующей в формировании портальной гипертензии. Основными активизаторами клеток Ито являются некрозы гепатоцитов, цитокины, продуцируемые клетками Купфера, гепатоцитами, лейкоцитами, тромбоцитами, а также самими звездчатыми клетками, а также ацетальдегид (продукт метаболизма алкоголя), компоненты перекисного окисления липидов и избыточное содержание железа в ткани печени, предрасполагающее к деградации внеклеточного матрикса пространства Диссе [4,6,9].

Патогенетические механизмы прогрессирования ЦП:

- Действие этиологических факторов. Некрозы гепатоцитов могут быть обусловлены цитопатогенным действием вирусов, иммунными механизмами, а также влиянием гепатотоксичных цитокинов, хемокинов, прооксидантов, эйкозаноидов, ацетальдегида, железа, продуктов перекисной окисляции липидов и др.

- Активизация функции клеток Ито, их пролиферация и хемотаксис приводят к избыточной продукции компонентов соединительной ткани в пространствах Диссе и перипиточно (фиброз), к формированию фиброза печени и ЦП.

- Нарушение кровоснабжения паренхимы печени (узлов регенерации) за счет капилляризации синусоидов и уменьшения сосудистого русла с развитием ишемических некрозов гепатоцитов.

- Включение иммунных и аутоиммунных механизмов цитолиза гепатоцитов [6,8,9].

Уточнение ведущих механизмов некрозов гепатоцитов и фиброгенеза имеет большое практическое значение в выборе препаратов для патогенетической терапии у конкретного больного ЦП.

Литература:

1. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. М.: Медицинское информационное агентство, - 2004. - 206с.
2. Подымова С.Д. Болезни печени. М.: Медицина, 1998. - 98с.
3. Шерлок Ш, Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практ. рук.: Пер. с англ. Под ред. З.Т. Апросиной, Н.А. Мухина. М: Гэотар Медицина, 1999. 130с.
4. Czaja AJ. Extrahepatic immunologic features of chronic viral hepatitis. DigestDis 1997; 15 (3): 125-44.
5. Kuntz E, Kuntz H-D. Hepatology, Principles and practice: history, morphology, biochemistry, diagnostics, clinic, therapy. Berlin Heidelberg New York Springer. Verlag, 2000.
6. Prichard P, Walf R, Chapman R. Drugs for the gut. WB Saunders Company Ltd 1998.
7. Rose S. (ed) Gastrointestinal and Hepatobiliary pathophysiology. Fence Greek Publishing, LLC, Madison, Connecticut, 1998.
8. Zakim D, Boyer TD. Hepatology. 4th ed. Elsevier science (USA), 2003.
9. Материалы 8-ой Северо-Западной конференции, Санкт-Петербург, 2011 г.

УДК 616.36-005.3-07

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

М.Ж. Аяганова, Н.О. Балтабаева, К.Ш. Жылкыбаева,
Р.О. Коканова, Е.Ш. Нурашев, Д.М. Санбаев

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,
Учреждение "Поликлиника №3", г. Семей

Тұжырым

БАУЫР ЦИРРОЗЫНА ДИАГНОЗ ҚОЮДЫҢ НЕГІЗГІ ПРИНЦИПТЕРІ

М.Ж. Аяганова, Н.О. Балтабаева, К.Ш. Жылкыбаева,
Р.О. Коканова, Е.Ш. Нурашев, Д.М. Санбаев

Бауыр циррозына диагноз (БЦ) клиникалық - аспаптық және морфологиялық зерттеу нәтижелеріне негізделіп қойылады. Осы мақалада бауыр циррозына диагноз қоюдың негізгі қағидалары ұсынылған.

Summary

MAIN PRINCIPLES OF DIAGNOSTICS OF THE CIRRHOSIS

M.Zh. Ayaganova, N.O. Baltabaeva, K.Sh. Zhylykbaeva,
R.O. Kokanova, E.Sh. Nurashiev, D.M. Sanbaev

Diagnostics of a cirrhosis is based on results of clinic-tool and morphological researches. In given article main principles of diagnostics of a cirrhosis are presented.

Диагностика цирроза печени (ЦП) основывается на результатах клинко-инструментальных и морфологических исследований. При этом нарушение долькового строения, выявление узлов регенерации и фиброзных тяжей является основополагающим в диагностике ЦП. Однако у большей части больных проведение пункционной биопсии, как и лапароскопии, оказывается недоступным из-за большого количества противопоказаний для их проведения. [1].

В настоящее время в Медицинском центре ГМУ г Семей проводится ультразвуковое исследование сосу-

дов печени и селезенки. При этом изучаются показатели воротной вены, селезеночной вены, печеночной артерии, селезеночной артерии. Лабораторные исследования при ЦП включают клинический анализ крови и комплекс биохимических исследований, позволяющих оценить состояние синтетической функции гепатоцитов, степень активности процесса, выявить холестаз, иммунологические и гематологические нарушения, требующие соответствующей терапии (табл. 1) [1,2,9].

Таблица 1. - Клиническая трактовка лабораторных показателей при ЦП

Лабораторные показатели	Уровни в крови	Клиническая интерпретация
1.Билирубин общий и конъюгированный	↑	Некрозы гепатоцитов, холестаз
2.АлАТ, АсАТ	↑	Некрозы гепатоцитов
3.АлАТ, АсАТ	N	Уменьшение количества гепатоцитов. Не исключается наличие
4.ЩФ, ГГТП, холестерин	↑	Холестаз на уровне внутри- или внепеченочных желчных протоков
5.ЩФ, ГГТП, холестерин	↑ ↓ или N	Холестаз в сочетании с паренхиматозными поражениями печени
6.ГГТП	↑	Гепатоцеллюлярный холестаз. Токсические поражения печени
7.Альбумины, протромбиновый индекс	↓	Гепатоцеллюлярная недостаточность
8.γ-Глобулины	↑	Иммунные (аутоиммунные) нарушения
9.Сывороточное железо, ферритин	↑	Некрозы гепатоцитов (гемохроматоз, вторичное накопление железа в печени)
Примечание. ↑ - повышен, ↓ - снижен, N - нормальный.		

Клинические проявления ЦП обусловлены печеночно-клеточной недостаточностью, синдромом портальной гипертензии и ее осложнениями, а также системными поражениями, связанными с действием этиологического фактора, иммунологических и метаболических расстройств. Основными проявлениями печеночно-клеточной недостаточности являются астеновегетативный синдром (слабость, утомляемость и др.); желтуха; вазодилатация и гипердинамический тип кровообращения (низкий уровень артериального давления, тахикардия, снижение церебрального почечного и печеночного кровотока); печеночная энцефалопатия; кожные и эндокринные изменения; нарушение свертывания крови; наличие при лабораторном исследовании снижения

альбуминов, протромбина и других белков, синтезируемых гепатоцитами, повышение билирубина [3,4,5,9].

О наличии портальной гипертензии свидетельствуют спленомегалия, расширение вен пищевода, желудка и геморроидальных вен, вен передней брюшной стенки; выявление при ультразвуковом и рентгенологическом исследовании увеличения диаметра воротной и селезеночной вен и портокавальных коллатералей. Осложнения портальной гипертензии включают асцит или отечно-асцитический синдром, кровотечения из варикозных вен пищевода, желудка и геморроидальных вен, печеночную энцефалопатию, гепаторенальный синдром, гиперспленизм и гипертензионную портальную гастро-, энтеро- и колонопатию [6,7,8,9].

Системные проявления при хронических заболеваниях печени, включая ЦП, по механизму их развития подразделяются на:

- антигенстимулированные иммунные процессы, включающие криоглобулинемию II типа (синовиит, васкулит, периферическую нейропатию, синдром Рейно), гломерулонефрит, кожные васкулиты;

- аутоантигензависимые иммунные процессы (аутоиммунный тиреоидит, синдром Сьегрена, болезнь Грейвса, красный плоский лишай, лихорадка, полиарт-

ралгии, артриты, лимфоаденопатия, васкулиты, цитопении).

Частота выявления и степень выраженности клинических симптомов зависит от стадии развития, компенсации, а также частично от этиологии ЦП и увеличивается с нарастанием продолжительности заболевания. В ряде случаев у больных ЦП отсутствуют клинические проявления, и болезнь выявляется случайно.

Для оценки степени компенсации заболевания используется индекс тяжести цирроза печени по системе Чайлда-Пью (табл. 2) [5,9].

Таблица 2. - Классификационные признаки стадии компенсации цирроза печени по системе Чайлда-Пью (Child-Pugh).

Признаки	Баллы		
	1	2	3
Протромбиновое время, с	1-4	>4-6	>6
Билирубин, мкмоль/л	<34	34-51	>51
Альбумин, г/л	>35	35-28	<28
Асцит	Нет	Мягкий	Напряженный
Энцефалопатия	Нет	Стадия 1-2	Стадия 3-4

Литература:

1. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. М.: Медицинское информационное агентство, 2004.

2. Подымова С.Д. Болезни печени. М.: Медицина, 1998.

3. Шерлок Ш, Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практ. рук.: Пер. с англ. Под ред. З.Т.Апросиной, Н.А.Мухина. М: Гэотар Медицина, 1999.

4. Czaja AJ. Extrahepatic immunologic features of chronic viral hepatitis. DigestDis 1997; 15 (3): 125-44.

5. Kuntz E, Kuntz H-D. Hepatology, Principles and practice: history, morphology, biochemistry, diagnostics, clinic, therapy. Berlin Heidelberg New York Springer. Verlag, 2000.

6. Prichard P, Walf R, Chapman R. Drugs for the gut. WB Saunders Company Ltd 1998.

7. Rose S. (ed) Gastrointestinal and Hepatobiliary pathophysiology. FenceGreek Publishing, LLC, Madison, Connecticut, 1998.

8. Zakim D, Boyer TD. Hepatology. 4th ed. Elsevier science (USA), 2003.

9. Материалы 8-ой Северо-Западной научной конференции, Санкт-Петербург, 2011 г.

УДК 616.36-005.3-08

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

К.Ш. Жылкыбаева, Н.О. Балтабаева, Р.О. Коканова, Е.Ш. Нурашев, М.Ж. Аяганова, Д.М. Санбаев

**Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей
Учреждение "Поликлиника №3", г. Семей**

Тұжырым

БАУЫР ЦИРРОЗЫН ЕМДЕУДІҢ НЕГІЗГІ ҚАҒИДАЛАРЫ

Қ.Ш. Жылкыбаева, Н.О. Балтабаева, Р.О. Коканова, Е.Ш. Нурашев, М.Ж. Аяганова, Д.М. Санбаев

БЦ этиологиялық, адекваттық, патогенетикалық және симптоматикалық емдеу аурудың дамуын баяулатады, емделушінің өмір сүру сапасын жоғарлатады және өмірін ұзартады.

Summary

MAIN PRINCIPLES OF TREATMENT OF THE CIRRHOSIS

K.Sh. Zhylykbaeva, N.O. Baltabaeva, R.O. Kokanova, E.Sh. Nurashiev, M.Zh. Ayaganova, D.M. Sanbaev

Adequate etiological, pathogenetic and symptomatic treatment of the cirrhosis essentially slows down rates of progressing of disease, raises quality and extends life expectancy of patients.

Терапия цирроза печени (ЦП) включает комплекс мероприятий, направленных в первую очередь на замедление темпов фиброгенеза. Диета при ЦП должна быть полноценной, содержащей 1-1,5 г белка на 1 кг массы тела в сутки, 80-90 г жиров, из них 50% - растительного происхождения, 400-500 г углеводов. Особое место в базисной терапии отводится нормализации состава кишечных бактерий и в первую очередь устранению избыточного роста микрофлоры в тонкой кишке,

а также восстановлению процессов пищеварения и всасывания. С этой целью используется курсовое лечение кишечными антисептиками, не оказывающими гепатотоксического эффекта. Препаратом выбора является ципрофлоксацин, метронидазол, бактисубтил в общепринятых дозах. Продолжительностью курсового лечения кишечным антисептиком - 5-7 дней, с одновременным приемом дюфалака в пребиотической дозе (5-10 мл 1-2 раза в сутки) в течение 2-4 недель [1,3]. После

окончания антибактериальной терапии при наличии показаний на 2 недели назначают пробиотик (ферталь, бифидорм, пробиформ др.) в сочетании с дюфалаком. В настоящее время широкое применение получил препарат **Ферталь** (производитель **ESI s.p.a., Италия, дистрибьютор ТОО«Аптох», Алматы**) - комбинированное синбиотическое средство содержит 5 видов натуральной микрофлоры: *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus thermophilus*, *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus bulgaricus* в количестве не менее 2-х миллиардов колониеобразующих единиц (КОЕ) живых высушенных бактерий; витамины группы В, концентрированный экстракт Алоэ Вера. Ферталь® восстанавливает физиологические функции и баланс микрофлоры кишечника, улучшает пищеварение и обмен веществ, способствует повышению иммунитета. Входящие в состав Ферталь® лакто- и бифидобактерии восстанавливают естественное микробное равновесие в кишечнике, регулируют работу желудочно-кишечного тракта, нормализуют синтез витамина Е и К, поддерживают естественную защиту организма от вирусов и бак-

терий, создают благоприятные условия для роста и размножения «полезных» микроорганизмов, от работы которых зависит 70% иммунной защиты. Витамины группы В обеспечивают улучшение метаболизма и необходимы для правильного роста молочнокислых бактерий. Алоэ Вера обеспечивает контроль роста кишечной микрофлоры, ограничивает нежелательное воздействие вредных бактерий и дрожжевых грибов в толстом кишечнике. Содержащиеся в Алоэ Вера пребиотические компоненты - галактоманы, глюкоза, манноза, галактоза, аминокислоты, фитостерины, витамины - стимулируют и активизируют метаболизм живых молочнокислых бактерий, и тем самым способствуют улучшению их выживаемости в кишечнике.

Одновременно с антибактериальными средствами и пребиотиком назначают ферменты (креони др.), в состав которых не входят желчные кислоты, так как они, так же как многие холеретики, могут оказывать повреждающее действие на гепатоциты. Дозы и продолжительность приема ферментов определяется индивидуально [2,4].

Таблица 1. Принципы медикаментозной терапии портальной гипертензии.

Гемодинамические нарушения	Медикаментозная коррекция
Увеличение объема крови	Диуретики: верошпирон, альдосон, фуросемид
Увеличение сердечного выброса	Симпатолитики: неселективные β-блокаторы (пропранолол или адолон)
Висцеральная артериальная вазодилатация	Вазоконстрикторы: вазопрессин или соматостатин/октреотид или H ₂ -блокаторы (по показаниям)
Констрикция портальной и коллатеральных вен	Вазодилататоры (по показаниям): нитраты (изосорбид-монострат), клонидин, молсидомин, блокаторы Са-каналов (верапамил)
Увеличение тока крови в варикозных венах пищевода	Прокинетики, увеличивающие тонус нижнего пищеводного сфинктера (мозакс, домелиум, метоклопрамид)

Практически у всех больных ЦП имеет место билиарная недостаточность. Для восполнения дефицита желчных кислот в кишечнике целесообразно использовать урсодезоксихолевую кислоту (УДХК). Прием УДХК (холудексан 300 мг, урсосан 250 мг 2-3 раза в день) способствует восстановлению процессов пищеварения в результате:

- увеличения поступления желчи и панкреатического сока в кишку за счет стимуляции продукции панкреатического секрета, желчи;
- разрешения внутрипеченочного холестаза;
- усиления сократительной функции желчного пузыря;
- эмульгации жиров и повышения активности липазы;
- повышения моторной активности кишечника, улучшающей смешивание пищеварительных ферментов с пищевым химусом.

Назначение при ЦП УДХК в сочетании с кишечными антисептиками приводит к повышению бактерицидности желчи и кишечного содержимого, подавлению избыточного бактериального роста в кишке и прекращению транслокации кишечных бактерий за пределы кишечной стенки, а также купированию бродильной и гнилостной диспепсии (профилактика печеночной энцефалопатии). Восстановление процессов пищеварения способствует поступлению в гепатоцит полноценных продуктов ферментативного гидролиза компонентов пищи и в первую очередь аминокислот, повышению белковосинтетиче-

ской функции гепатоцитов (профилактика и разрешение жировой дистрофии гепатоцитов). В результате прекращения поступления с портальной кровью в печень кишечных бактерий и их токсинов, бактериальных липополисахаридов снижается уровень эндотоксемии, уменьшается продукция провоспалительных цитокинов клетками Купфера, а также купируются системные проявления ЦП, обусловленные бактериальной транслокацией [5,6].

В базисную терапию включается также комплекс дезинтоксикационных мероприятий.

При наличии противопоказаний к проведению этиологической терапии, а также при невозможности ее использования больным назначают патогенетическое лечение, направленное на купирование механизмов прогрессирования ЦП, а именно на цитолиз гепатоцитов и фиброз. Учитывая многофакторный патогенез некрозов гепатоцитов, при ЦП препаратом выбора является УДХК. Механизм действия УДХК включает мембраностабилизирующий, противовоспалительный, преднизолоноподобный, иммуносупрессивный, антифибротический и синергический с ИФН-α эффект [3,5,9].

При ЦП УДХК (урсосан) назначают по 15 мг/кг/сут (250 мг 2-3 раза в день) при наличии и 10 мг/кг/сут при отсутствии внутрипеченочного холестаза в течение длительного времени (месяцы и даже годы). Для замедления процесса фиброобразования кроме УДХК воз-

можно использование силимарина 70-140 мг в день и эссенциальных фосфолипидов 2 капсулы 3-4 раза в день от 2 до 6 мес. Однако данные препараты не обладают иммуносупрессивным и преднизолоноподобным эффектом, а также не разрешают внутрипеченочный холестаз, что лимитирует их использование при ЦП. Следует отметить, что при декомпенсированном ЦП основным методом терапии является пересадка печени [6,7,9].

В настоящее время широкое применение получил в терапии ЦП такой препарат как **Гепадиф** (фирмы «CelltrionPharm. Inc.», Корея, ТОО «СП ГлобалФарм»). Гепадиф - комбинированный препарат, фармакологические эффекты которого обусловлены комплексным действием его компонентов. Стимулирует метаболизм жиров - компонентов β -окислительного превращения свободных жирных кислот в митохондриях гепатоцитов, биосинтетические процессы, предупреждает некроз гепатоцитов, нормализует процессы пролиферации гепатоцитов, систему печеночных ферментов и способствует восстановлению нормальной функции печени. Наличие в составе аденозина, являющегося компонентом коэнзимов, нуклеиновых кислот, обеспечивает регуляцию процессов кроветворения. Витамины группы В (цианкобаламин, рибофлавин, пиридоксин) регулируют окислительно-восстановительные процессы в организме, участвуют в белковом, жировом и углеводном обмене, в обмене аминокислот - триптофана, метионина, цистеина, глутаминовой кислоты и других аминокислот. Пиридоксин способствует нормализации липидного обмена. Цианкобаламин участвует в процессе транسمетилирования, переносе водорода, синтезе метионина, нуклеиновых кислот, холина, креатина. Карнитин способствует расщеплению длинноцепочечных жирных кислот и замещению жирнокислотного метаболического шунта углеводным, улучшает усвоение пищи, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, повышает толерантность к физическим нагрузкам. Антитоксическая фракция экстракта печени представляет собой незаменимые и заменимые аминокислоты (метионин, аланин, аргинин, валин, гистидин, глутаминовая кислота, глицин, изолейцин, лизин, орнитин, пролин, серин, фенилаланин), которые принимают участие в синтезе белков и обладают анти-токсическим и антиоксидантным эффектами. Гепадиф стимулирует процесс пищеварения и выделения желчи, облегчает всасывание углеводов в тонком кишечнике, необходим для жизнедеятельности нормальной микрофлоры кишечника. Способствует повышению гликогенфиксирующей, синтетической, антиоксической функции печени, повышает чувствительность клеток к инсулину, способствует инкреции инсулина. Гепадиф назначают взрослым пациентам - по 2 капсулы 2-3 раза в сутки независимо от приема пищи. Обычно капсулы принимают целыми, запивая водой. Длительность лечения зависит от течения основного заболевания и определяется в каждом случае индиви-

дуально. Р-р Гепадиф применяют в/в капельно 1 раз в сутки. Средняя суточная доза для взрослых составляет 8,625 мг/кг массы тела, что соответствует содержанию 1 флакона препарата, растворенного в 400-500 мл 5% р-ра глюкозы. Максимальная суточная доза - 17,25 мг/кг массы тела, что соответствует содержанию 2 флаконов препарата, растворенному в 400-500 мл 5% р-ра глюкозы (декстрозы).

Больным ЦП с наличием высокой активности и выраженных иммунных нарушений (высокий уровень гаммаглобулинов, иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов и др.) проводятся курсы апробированной редуцированной пульс-терапии преднизолоном. Последний вводят внутривенно капельно однократно в день в дозе 3 мг на 1 кг массы тела в течение 3 дней с последующей отменой. Курсы пульс-терапии преднизолоном могут повторяться 3-4 раза с интервалом в 5-7 дней.

Симптоматическая терапия цирроза печени предусматривает снижение портальной гипертензии и профилактику портальных кризов, а также лечение осложнений портальной гипертензии. Большинству пациентов с ЦП назначают пропранолол 10 мг 3-4 раза в день с последующей коррекцией дозы, которая считается адекватной при урежении частоты пульса на 30% от исходной в сочетании с нормальным артериальным давлением [7,8,9].

Таким образом, адекватное этиологическое, патогенетическое и симптоматическое лечение ЦП существенно замедляет темпы прогрессирования заболевания, повышает качество и удлиняет продолжительность жизни пациентов.

Литература:

1. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. М.: Медицинское информационное агентство, 2004.
2. Подымова С.Д. Болезни печени. М.: Медицина, 1998.
3. Шерлок Ш, Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практик. рук.: Пер. с англ. Под ред. З.Т.Апросиной, Н.А.Мухина. М: Гэотар Медицина, 1999.
4. Czaja AJ. Extrahepatic immunologic features of chronic viral hepatitis. DigestDiseas 1997; 15 (3): 125-44.
5. Kuntz E, Kuntz H-D. Hepatology, Principles and practice: history, morphology, biochemistry, diagnostics, clinic, therapy. Berlin Heidelberg New York Springer. Verlag, 2000.
6. Prichard P, Walf R, Chapman R. Drugs for the gut. WB SaundersCompanyLtd 1998.
7. Rose S. (ed) Gastrointestinal and Hepatobiliary pathophysiology. FenceGreekPublishing, LLC, Madison, Connecticut, 1998.
8. Zakim D, Boyer TD. Hepatology. 4th ed. Elsevier science (USA), 2003.
9. Материалы 8-ой Северо-Западной конференции, Санкт-Петербург, 2011 г.

УДК 616.34+615.276

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

Е.Ш. Нурашев, К.Ш. Жылкыбаева, Д.М. Санбаев, Н.О. Балтабаева, М.Ж. Аяганова

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,
Учреждение "Поликлиника №3", г. Семей

Тұжырым

ҚАБЫНУҒА ҚАРСЫ СТЕРОИДТЫ ЕМЕС ДӘРІ-ДӘРМЕК ПРЕПАРАТЫ ЖӘНЕ АСҚАЗАН ИШЕК ЖОЛДАРЫ

Е.Ш. Нурашев, К.Ш. Жылкыбаева, Д.М. Санбаев, Н.О. Балтабаева, М.Ж. Аяганова

Қабынуға қарсы стероидты емес дәрі-дәрмек препараты әр түрлі этиология аурулар синдром кезінде ең көп қолданылатын дәрілердің бірі, ең басты ревматикалық ауру кезінде. Осы препараттар анальгетикалық спецификалық емес сонымен қатар простагландинның синтезін басу және қабынуға қарсы әрекетін біріктіреді, емдеудің әсеріне қарамастан қабынуға қарсы стероидты емес дәрі-дәрмек препараты шырышты жоғарғы асқазан-ішек жолдарының (геморрогия, эрозия, жара) бөлік жағынан жанама (жағымсыз) реакция шақыруы мүмкін, кейде өмірге қатерлі қан кету және перфорациялармен шиеденіседі.

Summary

NONSTEROIDAL ANTIINFLAMMATORY AGENTS AND THE GASTROINTESTINAL TRACT

E.Sh. Nurashv, K.Sh. Zhylykbaeva, D.M. Sanbaev, N.O. Baltabaeva, M.Zh. Ayaganova

Nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAID) are the agents which are most commonly used in the treatment of pain syndromes of various etiology, mainly due to rheumatic diseases. In addition to their nonspecific analgesic and inflammatory effects, these drugs inhibit prostaglandin synthesis, which may have both a therapeutic effect and side (adverse) reactions of the upper gastrointestinal mucosa (hemorrhages, erosions, ulcers), namely NSAID-induced gastropathies that are frequently complicated by life-threatening bleedings and perforations.

Имеются достоверные данные о связи между применением НПВП и развитием патологии верхних отделов ЖКТ (геморрагий, эрозий, язв), в связи, с чем можно считать оправданным предложение называть такие осложнения гастропатиями, связанными с приемом НПВП (НПВП-гастропатии или НПВП-индуцированные гастропатии) [1].

Субъективно гастропатии могут проявляться болями или чувством тяжести в эпигастриальной области, тошнотой, иногда рвотой, изжогой и другими диспепсическими расстройствами [2]. Однако чаще всего НПВП-гастропатии протекают бессимптомно, в связи, с чем возникает риск развития таких серьезных осложнений, как кровотечение и перфорация, нередко ведущих к летальному исходу.

Патогенез НПВП-гастропатий. Как известно, гастродуоденальные пептические язвы развиваются при дисбалансе факторов агрессии, к которым относятся соляная кислота и пепсин, и факторов защиты. Более чем в 70% случаев таким язвам сопутствует хроническая инфекция *Helicobacter pylori* или применение НПВП, которые разрушают факторы защиты слизистой оболочки, в связи, с чем факторы агрессии начинают доминировать.

Основной механизм лечебного действия НПВП связан с прерыванием циклооксигеназного (ЦОГ) пути метаболизма арахидоновой кислоты, в результате чего подавляется синтез простагландинов - важнейших продуктов воспаления. В настоящее время открыты и изучены две формы ЦОГ: структурная (ЦОГ-1) и индуцированная (ЦОГ-2). ЦОГ-1 отвечает за защитные свойства слизистой ЖКТ, а ЦОГ-2 участвует в образовании простагландинов в очаге воспаления [1, 3]. Причем НПВП подавляют продукцию простагландинов не только в очагах воспаления, но и на системном уровне, поэтому развитие гастропатий является запрограммированным фармакологическим эффектом этих препаратов [3,4].

Как известно, подавление синтеза простагландинов слизистой ЖКТ вызывает уменьшение секреции слизистого геля, снижение секреции бикарбонатов, ухудшение кровотока слизистой желудка, в результате чего происходит нарушение защитных и репаративных функций ее клеток, а это ведет к образованию эрозий и язв.

В результате экскреции желчью кислотных печеночных метаболитов НПВП с последующим дуоденогастральным рефлюксом развивается местное повреждение [5]. Однако в повреждении слизистой играет роль не только местное действие НПВП, что подтверждается образованием гастродуоденальных язв при применении парентеральных и ректальных форм НПВП [6,7].

Факторы риска. Примерно у 30 – 40% больных, получающих длительную (более 6 нед.) терапию НПВП, отмечаются симптомы диспепсии, которые не коррелируют с данными, полученными при эндоскопическом обследовании: до 40% больных с эрозивно-язвенными изменениями слизистой верхних отделов ЖКТ не предъявляют жалоб и, наоборот, до 50% пациентов с диспепсией имеют нормальную слизистую оболочку.

Существует несколько факторов, которые увеличивают риск развития желудочных язв и их осложнений при назначении НПВП. К ним относятся: возраст старше 65 лет; язвенная болезнь в анамнезе; большие дозы и/или одновременный прием нескольких НПВП; сопутствующая терапия глюкокортикостероидами (ГКС); продолжительность терапии; наличие заболевания, требующего длительного приема НПВП; женский пол; курение; прием алкоголя; наличие *H. pylori* [1,6,8,11,12,13].

Диагностика НПВП-гастропатий основана прежде всего на данных эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) необходимо проводить всем больным, принимающим НПВП, имеющим повышенный риск развития осложнений, независимо от наличия жалоб со стороны ЖКТ. ЭГДС следует делать не реже одного раза в 6 мес. В то же время длительный прием НПВП значительно снижает частоту заболевания раком толстой кишки и прямой кишки.

Профилактика и лечение. В настоящее время для предотвращения и лечения НПВП-индуцированных гастропатий применяются три группы препаратов: блокаторы H_2 -рецепторов - квамател, рабемак; блокаторы H^+ , K^+ -АТФазы - нольпаза, париет, контролок [13].

В настоящее время широко применяется **Контролок (фирма «Никомед»)** - ингибитор H^+ - K^+ -АТФ-азы. Блокирует заключительную стадию секреции соляной кисло-

ты, снижая базальную и стимулированную секрецию, независимо от природы раздражителя. После приема внутрь 20 мг препарата Контролокантисекреторный эффект наступает через 1 ч и достигает максимума через 2-4 ч. При в/в введении 80 мг антисекреторный эффект пантопризола достигает максимума в течение 1 ч и сохраняется 24 ч. При НПВП гастропатиях, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, снижение желудочной секреции повышает чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Не влияет на моторику ЖКТ. Секреторная активность нормализуется через 3-4 дня после окончания применения. По сравнению с другими ингибиторами протонного насоса, Контролок имеет большую химическую стабильность при нейтральном pH, и меньший потенциал взаимодействия с оксидазной системой печени, зависящей от цитохрома P450. Поэтому Контролок не взаимодействует со многими другими распространенными препаратами. Фармакокинетика одинакова как после однократного, так и после многократного применения препарата. Абсолютная биодоступность таблеток пантопризола - 77% [9, 13].

Литература:

1. Paulus HE. FDA Arthritis Advisory Committee meeting: postmarketing surveillance of nonsteroid anti-inflammatory drugs. *Arthritis Rheum* 1985;28: 1168-9.
2. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. // Клиническая медицина. 2001. - №4.
3. Earnest DL. *SemArthRheum* 1990;19(suppl 2): 6-10.
4. Насонова В.А. Гастропатии, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов //

Российский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. 2000.-Т.3.-№1.-С.7-10.

5. Lanza FL. Endoscopic studies of gastric and duodenal injury after the use of ibuprofen, aspirin, and other nonsteroidal anti-inflammatory agents. *Am J Med* 2000; 77:19-24.

6. Konturec SJ, Kwiecien N, Obtubowicz W, Kopp B, Oleksy J. Double blind controlled study on the effect of sucralfate on gastric prostaglandin formation and microbleeding in normal and aspirin treated men. *Gut* 2006; 27: 1450-6.

7. Gracham DY, Smith JL, Holmes GI, Davies RO. Nonsteroidal anti-inflammatory effect of sulindacsulfoxide and sulfide on gastric mucosa. *Clin Pharmacol Ther* 2005; 38: 65-70.

8. Berkowitz JM, Rogenespr, Sharp JT, Warner CW. Ranitidine protects against gastroduodenal mucosal damage associated with chronic aspirin therapy. *Arch InternMed* 2000; 147:2137-9.

9. Griffin MR, Ray WA et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and death from peptic ulcer in elderly persons. *Ann Intern Med* 2000;109:359-63.

10. Gracham DY, Agrawal NM, Roth S. *Lancet* 2002; 2: 1318-23.

11. Gracham DY, Smith JL. Aspirin and the stomach. *Ann Intern Med* 1999; 104:390-8.

12. Eastwood GL, Quimby GE. Effect of chronic aspirin ingestion on epithelial proliferation in rat fundus, antrum, and duodenum. *Gastroenterology* 2001;82:852-6.

13. Материалы 8-ой Северо-Западной научной конференции, Санкт-Петербург, 2011г.

УДК 616.34+615.276-08

ЛЕЧЕНИЕ НПВП-ГАСТРОПАТИИ

К.Ш. Жылкыбаева, М.Ж. Аяганова, Е.Ш. Нурашев,
А.М. Берекенова, Н.О. Балтабаева, Д.М. Санбаев

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,
Учреждение "Поликлиника №3", г. Семей
КГКП "Поликлиника смешанного типа №2", г. Семей

Түжырым

ҚСЕДП - ГАСТРОПАТИЯНЫ ЕМДЕУ

К.Ш. Жылкыбаева, М.Ж. Аяганова, Е.Ш. Нурашев,
А.М. Берекенова, Н.О. Балтабаева, Д.М. Санбаев

Бірігу тіндерінің гастроэнтерологиялық ауруларының көрініс табуы - бұл медицинаның клиницистері алдында диагноз қоюдың күрделі мақсаттарының тұруында ғана емес, сонымен бірге әрбір жеке жағдайда емдеудің жан-жақты жолдарын табу саласы болып табылады.

Summary

TREATMENT NPVP-GASTROPATII

K.Sh. Zhylykbaeva, M.Zh. Ayaganova, E.Sh. Nurashev,
A.M. Berekenova, N.O. Baltabaeva, D.M. Sanbaev

Gastroenterologic displays of diseases of a connecting fabric is an area of medicine which always forces clinical physicians not only to face difficult diagnostic problems, but also demands the careful, weighed medical approach in each individual case.

НПВП-энтеропатия (энтеропатия, индуцированная НПВП) - патология тонкой кишки, возникающая в хронологической связи с приемом НПВП (включая низкие дозы аспирина). НПВП-энтеропатия характеризуется нарушением проницаемости кишечной стенки с экссудацией белка и диapedезом эритроцитов (приводящих к железодефицитной анемии и гипоальбуминемии), нарушением процессов переваривания и всасывания пищи, а также повреждением слизистой оболочки с раз-

витием эрозий, язв и их осложнений - кровотечения, перфорации, появления циркулярных стриктур, нарушения кишечной проходимости [1].

В настоящее время для лечения НПВП-гастропатии применяют следующие препараты - ИПП, H₂-блокаторы и мизопростол [1]. Рекомендации по лечению могут складываться из следующих этапов:

1. Прекращение приема НПВП. Сама по себе отмена НПВП не приводит к заживлению эрозивно-язвенного

дефекта, однако это может повысить эффективность противоязвенной терапии.

2. Назначение лекарственных препаратов, способствующих заживлению дефекта слизистой. Длительность проводимой терапии должна быть не менее 4 недель; при наличии язвенного дефекта большого размера или его локализации в желудке - 8-12 недель непрерывной терапии. Многие положения, которые определяют лечение НПВП-индуцированного поражения гастродуоденальной области, имеют подтвержденный уровень доказательности.

- H₂-блокаторы в стандартных дозах эффективны при лечении НПВП-индуцированных язв и эрозий двенадцатиперстной кишки, но не желудка (уровень А).

- ИПП (контролок) эффективен в лечении НПВП-индуцированных язв желудка и двенадцатиперстной кишки (уровень А). **Контролок (фирма Никомед)** - ингибитор H⁺-K⁺-АТФ-азы. Блокирует заключительную стадию секреции соляной кислоты, снижая базальную и стимулированную секрецию, независимо от природы раздражителя. После приема внутрь 20 мг препарата Контролок антисекреторный эффект наступает через 1 ч и достигает максимума через 2-4 ч. При в/в введении 80 мг антисекреторный эффект пантопразола достигает максимума в течение 1 ч и сохраняется 24 ч. При НПВП гастропатиях, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, снижение желудочной секреции повышает чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Не влияет на моторику ЖКТ. Секреторная активность нормализуется через 3-4 дня после окончания применения. По сравнению с другими ингибиторами протонного насоса, Контролок имеет большую химическую стабильность при нейтральном pH, и меньший потенциал взаимодействия с оксидазной системой печени, зависящей от цитохрома P450. Поэтому Контролок не взаимодействует со многими другими распространенными препаратами. Фармакокинетика одинакова как после однократного, так и после многократного применения препарата. После приема внутрь пантопразол быстро всасывается из ЖКТ. C_{max} в плазме крови при пероральном применении достигается уже после первой дозы в 20 мг или 40 мг. В среднем, C_{max}=1,0-1,5 мкг/мл достигается через 2-2,5 ч для дозы 20 мг и 2,0-3,0 мкг/мл - через 2,5 ч для дозы 40 мг. Данный показатель остается постоянным после многократного применения данного препарата. Абсолютная биодоступность таблеток пантопразола - 77%. Одновременное применение таблеток пантопразола с пищей не влияет на C_{max}. В диапазоне доз от 10 до 80 мг кинетическая прямая концентрации пантопразола в плазме крови имеет линейную зависимость как после приема внутрь, так и после в/в применения. Метаболизируется в печени. Основным метаболитом в плазме крови и в моче является десметилпантопразол, конъюгирующий с сульфатом. Основной путь выведения - с мочой (около 80%) в виде метаболитов пантопразола, в небольшом количестве выводится с калом. T_{1/2} препарата - 1 ч, T_{1/2} метаболита - около 1,5 ч. [9].

- Эрадикация *H. pylori* не ускоряет заживления НПВП-индуцированных язв (уровень А).

Хотелось бы отдельно остановиться на роли эрадикации инфекции *H. pylori* в профилактике и лечении НПВП-индуцированной гастропатии. Основные положения, касающиеся влияния *H. pylori* на развитие НПВП-гастропатии и показания к проведению антихеликобактерной терапии у больных, принимающих НПВП, сформулированы в Маастрихтском соглашении-3 [2]. В нем указано: «Взаимосвязь между *H. pylori* и НПВП комплексная. Оба компонента отвечают за все пептические язвы. Эрадикация *H. pylori* недостаточна для того, чтобы

предотвратить рецидив язвенного кровотечения у принимающих НПВП из группы высокого риска. Она не улучшает заживления пептической язвы у пациентов, получающих антисекреторную терапию у лиц, продолжающих принимать НПВП».

Рекомендации в Маастрихтском соглашении-3 по эрадикации *H. pylori* звучат следующим образом:

- Эрадикация *H. pylori* имеет значение у постоянно принимающих НПВП, но недостаточна, чтобы полностью предотвратить НПВП-гастропатию.

- Пациенты, которые впервые начинают принимать НПВП, должны быть протестированы на *H. pylori*, и если тест положительный, получить эрадикационную терапию для предотвращения пептической язвы или кровотечения.

- Пациенты, длительно принимающие аспирин, имевшие кровотечение, должны быть протестированы на *H. pylori* и, если ответ положительный, получить эрадикационную терапию.

- У пациентов, длительно получающих НПВП и при этом имеющих язвенный дефект и/или язвенное кровотечение, поддерживающая терапия ИПП превосходит эрадикацию *H. pylori* в отношении предотвращения рецидивов язвы и/или кровотечения.

Таким образом, экспертами признано, что инфекция *H. pylori* не является ключевым фактором, ответственным за формирование НПВП-индуцированной гастропатии.

Влияние НПВП на слизистую оболочку ЖКТ не ограничивается только гастродуоденальной зоной. Известно, что также поражается слизистая оболочка тонкой, реже толстой кишки. Ввиду трудной визуализации этих органов и малой информированности о патологии этой области практикующие врачи редко задумываются в клинической практике о влиянии НПВП на слизистую оболочку этих органов. Однако внедрение в 90-е годы XX века метода капсульной эндоскопии и проводимые исследования последних лет показали, что косвенные признаки воспаления тонкой кишки отмечаются у 40-70% больных, длительно принимающих НПВП, а повреждение слизистой оболочки тонкой кишки при ее визуализации выявляется более чем у 40% пациентов - это почти половина больных.

Таким образом, гастроэнтерологические проявления заболеваний соединительной ткани - это область медицины, которая всегда заставляет клиницистов не только сталкиваться с трудными диагностическими задачами, но и требует тщательного, взвешенного лечебного подхода в каждом индивидуальном случае.

Литература:

1. Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. и соавт. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации // под ред. А.Е. Каратеева. - Москва: ИМА-пресс, 2009. - 167 с.
2. Каратеев А.Е., Насонова В.А. Энтеропатия, индуцированная нестероидными противовоспалительными препаратами // Тер. Архив, 2004. - № 2. - С. 79-82.
3. Bogas M., Afonso Mdo C, Araujo D. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and lower intestinal tract toxicity // Acta Reumatol Port. - 2006. - Vol. 31. - № 3. - P. 227-35.
4. Davies N.M., Saleh J.Y., Skjodt N.M. Detection and prevention of NSAID-induced enteropathy // J Pharm Pharm Sci. - 2000. - Vol. 3. - № 1. - P. 137-55.
5. Lehmann F.S., Beglinger C. Impact of COX-2 inhibitors in common clinical practice a gastroenterologist's perspective // Curr Top Med Chem. - 2005. - Vol. 5 - № 5. - P. 449-64.
6. Материалы 8-ой Северо-Западной научной конференции, Санкт-Петербург, 2011 г.

УДК 616.34-08

ПРИМЕНЕНИЕ ТАМИПУЛА В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

К.Ш. Жылкыбаева

*Медицинский центр государственного медицинского университета г. Семей***Тұжырым****ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕГІ ТАМИПУЛДЫ ҚОЛДАНУ****Қ.Ш. Жылкыбаева**

Тамипул препараттың қабылдауын реңінде гастроэнтерологиялық аурулардың өмірінің сапасың жақсартуы атап өтілген. Тамипул метаболиялық, антиоксидант, қабынуға қарсы, аллергияға қарсы, иммоностимуляциялық әрекеті бар. Тамипулның емдеуінің курс гастроэнтерологиялық аурулардың 10 күннің ішінде өткізуге кеңес берілген, маусымды көктемде және күзде.

Summary**APPLICATION TAMIPUL IN GASTROENTEROLOGICAL PRACTICE****K. Zh. Zhylykbaeva**

Against a preparation of Tamipul notice improvement of quality of life gastroenterological patients. Tamipul renders metabolic, antioxidizic, anti-inflammatory, antiallergic, immunostimulate action. It is recommended to treat with Tamipul at gastroenterological patients within 10 days, seasonally-spring and in the autumn.

На клинической базе гастроэнтерологического отделения Медицинского центра Государственного медицинского университета г.Семей было проведено исследование препарата Тамипул фирмы «CelltrionPharm. Inc.», Корея, ТОО «СП ГлобалФарм».

Материалы и методы: Было проведено рандомизированное исследование 60 больных с диагнозом: Язвенная болезнь желудка, 12 ПК. Показателями для включения в исследование явились: возраст от 32 до 60 лет. Показателями для исключения в исследование было: беременность, период лактации, детский и подростковый период до 18 лет, повышенная чувствительность к компонентам препарата. Больные были разделены на две группы.

Первая группа в составе 30 человек с диагнозом: Язвенная болезнь желудка, 12 ПК, получала препарат тамипул 713,78 мг(5 мл) на 500 мл 5% глюкозы в/в капельно 1 раз в день в течении 10 дней на фоне традиционной терапии. Средний возраст больных составил $38 \pm 1,2$ лет. Длительность заболевания $13 \pm 1,4$ лет.

Контрольную группу составили 30 человек с диагнозом язвенная болезнь желудка, 12 ПК, получали традиционную базисную терапию без препарата Тамипул. Средний возраст составил $40 \pm 1,1$ лет. Длительность заболевания $14 \pm 1,2$ лет.

Тамипул – поливитамин, представлен в виде порошка для приготовления раствора для инъекций. В состав препарата входят активные вещества: кислота аскорбиновая 100 мг, витамин А 3300МЕ, эргокальциферол 200 МЕ, тиамин гидрохлорид 3,81 мг (эквивалентно 3 мг тиамин), рибофлавина натрия фосфат 3,60 мг, пиридоксина гидрохлорида 4,86 мг (эквивалентно 4 мг пиридоксина), никотинамид 40 мг, декспантенол 15 мг, токоферола ацетат 10 мг, биотин 60 мкг, кислота фолиевая 400 мкг, цианокобаламин 5 мкг, вспомогательные вещества: D-маннитол, полисорбат 20, полисорбат 80, натрия гидроксид.

Кислота аскорбиноваявосполняет дефицит витамина С, оказывает метаболическое, антиоксидантное действия, регулирует окислительно-восстановительные процессы. Регулирует транспорт водорода во многих биохимических реакциях, улучшает использование глюкозы в цикле трикарбоновых кислот, участвует в образовании тетрагидрофолиевой кислоты и регенерации тканей, синтезе стероидных гормонов, коллагена. Поддерживает коллоидное состояние межклеточного веще-

ства и нормальную проницаемость капилляров, активизирует протеолитические ферменты, участвует в обмене холестерина, пигментов, способствует накоплению в печени гликогена. Регулирует иммунологические реакции (активирует синтез антител, СЗ-компонента комплемента, интерферона), способствует фагоцитозу, повышает сопротивляемость организма инфекциям. Оказывает противовоспалительное, противоаллергическое действие. Витамин Аактивирует окислительно-восстановительные процессы, стимулирует синтез пуриновых и пиримидиновых оснований, участвует в энергообеспечении метаболизма, создавая благоприятные условия для синтеза аденозинтрифосфорной кислоты. Повышает синтез белка в хрящевой и костной ткани, стимулирует эпителизацию, регулирует биосинтез гликопротеидов поверхностных мембран клеток, усиливает образование антител, регулирует фагоцитоз, влияет на фоторецепцию, участвует в построении зрительного пурпура.

Эргокальциферол восполняет дефицит витамина Д, регулирует фосфорно-кальций обмен. Активные метаболиты эргокальциферола легко проникают через клеточные мембраны, иницируют синтез белка, облегчают проникновение кальция в кровь. Нормализует развитие хрящевых клеток в костях, захват кальция из плазмы и отложение его в виде фосфатов в костях, в почках создает необходимые условия для нормальной реабсорбции кальция, натрия, фосфатов, аминокислот.

Тиамин гидрохлоридвосполняет дефицит витамина В1, оказывает антиоксидантное, ганглиоблокирующее, иммуностимулирующее действия. Фосфорилируется, образуя тиаминпирофосфат, который является коферментом многочисленных декарбоксилаз, участвует в метаболизме пирувата, альфа-кетоглутарата и играет важную роль в углеводном, белковом, жировом обмене, а также в процессах проведения нервного возбуждения в синапсах. Защищает - мембраны клеток от токсического воздействия продуктов перекисного окисления.

Никотинамид восполняет дефицит витамина РР. Стимулирует синтез никотинадениндинуклеотида (НАД) и никотинадениндинуклеотидфосфата (НАДФ), переносит протоны в многочисленных окислительно-восстановительных реакциях, обеспечивая нормальный ход многих видов обмена.

Декспантенол восполняет дефицит пантотеновой кислоты, обладает противовоспалительным действием,

стимулирует процессы регенерации, перистальтику кишечника. В организме образует активный метаболит - пантотеновую кислоту, являющуюся субстратным стимулятором синтеза кофермента А, участвует во всех метаболических процессах, обеспечивает образование кортикостероидов, ацетилирование холина, поддерживает нормальную секреторную и кинетическую функции кишечника.

Токоферола ацетат оказывает антиоксидантное действие, участвует в синтезе гема и белков, пролиферации клеток, тканевом дыхании, других важнейших процессах метаболизма, предупреждает гемолиз эритроцитов, препятствует повышенной проницаемости и ломкости капилляров.

Фолиевая кислотавосполняет дефицит фолиевой кислоты, оказывает гемопозитическое действие. В организме преобразуется в тетрагидрофолиевую кислоту, необходимую для созревания мегалобластов и их трансформации в нормобласты, занимает важное место в обмене пуринов, пиримидинов, синтезе нуклеиновых кислот, метаболизме аминокислот. Цианокобаламин оказывает эритропозитическое, метаболическое действия. Участвует в углеводном, белковом, жировом обмене. Повышает регенерацию, стимулирует кроветворение, функции печени и нервной системы, активизирует свертывающую систему крови, понижает содержание холестерина в крови. В организме превращается в кофактор - кобамамид, входящий в состав многих ферментов, необходим для образования дезоксирибозы, дезоксирибонуклеиновой кислоты, креатина, метионина.

Показаниями к применению являлись:

- инфузионная витаминотерапия,
- предупреждение витаминдефицитных состояний у гастроэнтерологических больных с язвенной болезнью желудка, 12 ПЖ.

Способ применения и дозы: для взрослых пациентов гастроэнтерологического отделения - содержимое 1 флакона разбавить в 5 мл воды для инъекций, встряхнуть, полученный раствор растворить в 500-1000 мл 5% раствора глюкозы или физическом растворе. Внутривенно, капельно, медленно, 1 раз в день, в течении 10 дней.

Результаты исследований. Необходимо отметить, что под влиянием терапии отмечали положительную динамику показателей в обеих группах, но более выраженную в первой группе. В первой группе было отмечено улучшение показателей качества жизни больных у 92%, что выражалось следующими показателями: улучшилось общее самочувствие больных, уменьшилась раздражительность, нервозность, исчез болевой синдром; по сравнению со второй группой (81%). У больных с язвенной болезнью желудка и 12ПЖ в сочетании с патологией сахарным диабетом, ИБС отмечено нормализация сахара в крови (78%), снижение холестерина (67%). При ФГДС контроле в первой группе, отмечено было за рубцевание язвы 100%, во второй группе - 78%. Переносимость Тамипула в первой группе была хорошей. Ни в одном случае не потребовалось отменить препарат Тамипул из-за побочных явлений у гастроэнтерологических больных.

Выводы:

- на фоне приема препарата Тамипул отмечено улучшение качества жизни гастроэнтерологических больных;
- отмечено 100% за рубцевание после приема препарата Тамипул у больных с язвенной болезнью желудка, 12ПЖ;
- Тамипул содержит тщательно подобранные активные ингредиенты, обладающие профилактическим и лечебным действием, необходимым для поддержания и улучшения функциональной активности организма;
- Тамипул оказывает метаболическое, антиоксидантное, противовоспалительное, противоаллергическое действие;
- рекомендовано проводить курс лечения Тамипулом у гастроэнтерологических больных в течении 10 дней, сезонно - весной и осенью.

Литература:

1. Инструкция по применению препарата Тамипул. ТОО «СП ГлобалФарм», Республика Казахстан, г. Алматы, 2010 г.
2. Отзыв на препарат Тамипул, Алматы, 2010г., 16 с.

УДК616.248-07

ОСОБЕННОСТИ ГЭРБ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Д.М. Санбаев, Н.О. Балтабаева, Е.Ш. Нурашев, К.Ш. Жылкыбаева, М.Ж. Аяганова

*НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей,
Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,
КГКП "Поликлиника смешанного типа №2", г. Семей*

Тұжырым

ГЭРБ АУРУ ҚОЛҚАЛЫ ДЕМІКПЕ ЖАНЫНДА ЕРЕК-ШЕЛІКТЕР

Д.М. Санбаев, Н.О. Балтабаева, Е.Ш. Нурашев, К.Ш. Жылкыбаева, М.Ж. Аяганова

Мақалада ауру қолқалы демікпедіе гастрозофагеальной рефлюксной аурулар клиникалық ағымдар, диагностикалар ерекшеліктер айтқан. Гастрозофагеальная рефлюксная ауруда кездесіп жатыр 53,1% қолқалы демікпемен азап шегуші. Гастрозофагеальной рефлюксной ауруда қолқалы демікпедіе және клиникалық белгілерде ағымда ауырлықта арасында оң корреляция байланыста орында бұл алып жатыр. Ауру қолқалы демікпедіе және гастрозофагеальной рефлюксной ауруда тіркесте демікпедіе түнгі симптомдарда шұбасіз жиі байқалып жатыр, гастрозофагеальной рефлюксной аурусыз белгілерсіз қолқалы демікпедіе емделушілерде.

Summary

FEATURES GERD AT PATIENTS OF THE BRONCHIAL ASTHMA

D.M. Sanbayev, N.O. Baltabaeva, E.Sh. Nurashev, K.Sh. Zhylybaeva, M.Zh. Ayaganova

In article features of a clinical current, diagnostics GERD at sick of a bronchial asthma are stated. GERD meets at 53,1% of the patients, suffering a bronchial asthma. Positive correlation communication between weight of a current of a bronchial asthma and expressiveness of clinical signs GERD thus takes place. At patients with combination bronchial asthma and GERD night symptoms of asthma, than at patients by a bronchial asthma without signs GERD authentically are more often observed.

Бронхиальная астма (БА) занимает большой сектор среди бронхолегочных заболеваний, как по распространенности, так и по социально-экономической значимости. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о высоком распространении БА в Казахстане: она диагностируется у 5% взрослого населения и более 7% детей, т.е. в стране насчитывается около 7 млн. больных бронхиальной астмой [1]. Внимание, уделяемое патологии пищевода, за последнее время значительно возросло, а гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) мировым сообществом гастроэнтерологов признана болезнью XXI века. Это не случайно, поскольку симптомы ГЭРБ на тщательном опросе выявляются почти у 50% взрослого населения и более чем у 10% лиц, подвергающихся эндоскопическому обследованию [2, 3]. Пристально изучаются и внепищеводные проявления ГЭРБ, к каковым относится и БА. С каждым годом накапливаются новые данные, вызывающие патогенетически обоснованную взаимосвязь между БА и ГЭРБ [4, 5]. Продолжается изучение факторов, ведущих к взаимному утяжелению заболеваний. Поэтому сохраняют свою актуальность вопросы разработки диагностики пациентов с сочетанной патологией.

Цель исследования - изучить особенности клинического течения, диагностики ГЭРБ у больных бронхиальной астмой.

Материал и методы: Обследовано 162 больных, страдавших БА, из них мужчин было 59 (36,4%), женщин - 103 (63,6%) в возрасте от 32 до 82 лет (средний $68,1 \pm 10,2$ года). Диагноз БА устанавливался по критериям GINA на основании характерных жалоб, данных анамнеза, наличия обратимой бронхиальной обструкции по данным функции внешнего дыхания (ФВД) (увеличение объема форсированного выдоха в первую секунду - ОФВ1 на 15%). При опросе и изучении анамнеза среди больных БА выделена группа пациентов, имеющих симптомы ГЭРБ и/или документальное подтверждение наличия ГЭРБ в анамнезе. Клинически диагноз: ГЭРБ устанавливался при наличии симптомов, в первую очередь изжоги, два и более раз в неделю. В эту группу (БА + ГЭРБ - I группа) вошли 86 (53,1%) пациентов, из них мужчин было 30 (34,9%) и женщин 56 (65,1%). Преобладали лица со среднетяжелым течением БА, их доля составила 72,1%, продолжительность заболевания колебалась от 1 до 46 лет, в среднем $17,4 \pm 10,8$ года. В группу сравнения (II группа) были включены оставшиеся 76 (46,9%) больных, страдавших БА, без признаков ГЭРБ (БА без ГЭРБ), из них мужчин было 29 (38,25%), а женщин - 47 (61,8%). Пациенты со среднетяжелым течением БА составили 67,1%, а средняя продолжительность заболевания БА - $14,8 \pm 9,3$ года.

Комплексное инструментальное обследование включало: определение ФВД, ЭГДС. При изучении ФВД рассчитывались и анализировались жизненная емкость легких (ЖЕЛ), ОФВ1, МОС25, МОС50, МОС75 - форсированные экспираторные потоки на различных уровнях ФЖЕЛ (25% ФЖЕЛ, 50% ФЖЕЛ, 75% ФЖЕЛ). При проведении ЭГДС оценивались состояние слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, наличие эрозий, их форма, локализация; проходимость пищевода, степень выраженности двигательных нарушений, зияние и/или пролапс кардии в пищевод, состо-

яние кардиального отдела, наличие признаков гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов. Наличие признаков эзофагита, степень его выраженности оценивали по шкале Savary-Miller (1978) в модификации Carisson и соавт. (1996).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием интегрированной системы статистической обработки «Statistica 6.0». При нормальном распределении использовали t-критерий Стьюдента. Корреляционный анализ проводили с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение:

Анализ результатов обследования 162 больных БА позволил выделить две группы пациентов: с наличием ГЭРБ (I группа - 86 человек) и без таковой (II группа - 76 больных).

Среди больных I группы преобладали пациенты со среднетяжелым течением БА-72,1%, меньшее число страдало легкой и тяжелой формами, соответственно 10,5% и 17,4% больных. Среди включенных во II группу также преобладали пациенты со среднетяжелым течением БА - 64,5%, а легкая и тяжелая формы наблюдались у 17,1 и 18,4% больных.

Средний ОФВ1 у пациентов I группы составил $68,5 \pm 16,9\%$ от должных величин, во второй - $70,7 \pm 18,8\%$, что несколько больше, чем у пациентов первой группы (статистически незначимо - $p=0,42$). Но были выявлены статистически значимые различия в значениях объемной скорости форсированного потока выдоха на 25% жизненной емкости выдоха - $43,0 \pm 17,7\%$ у обследованных 1-й группы против $56,6 \pm 24,6\%$ - 2-й, что свидетельствует о более выраженной обструкции по мелким бронхам у лиц с сочетанием БА и ГЭРБ ($p=0,024$). Кроме того, отмечены статистически значимые различия средних показателей ЖЕЛ у пациентов двух групп: в первой ЖЕЛ составил $79,5 \pm 17,1\%$, во второй - $87,1 \pm 17,8\%$ ($p=0,006$). При анализе такого показателя течения БА, как наличие ночных симптомов, выявлено его преобладание в I группе у 47,7% пациентов. Во второй же число лиц с ночными симптомами астмы составило лишь 30,7% случаев, причем различия оказались статистически значимыми ($p=0,036$). Таким образом, это согласуется с данными других авторов, которые склонны рассматривать ГЭРБ как вероятный триггер ночных симптомов БА.

Особое внимание было акцентировано на выявлении рефлюкс-ассоциированных симптомов БА среди пациентов I группы. Временную связь между приступами затрудненного дыхания, кашлем, заложенностью в груди и клиническими признаками ГЭРБ, а также ухудшение течения БА одновременно с обострением ГЭРБ отмечали 31,4% пациентов. Основными симптомами в клинике ГЭРБ у наблюдавшихся больных были изжога (95,3%), реже отрыжка воздухом, кислым (61,6%), регургитация (15,1%), характерные загрудинные боли (5,8%). Причем лишь у 10,5% пациентов отмечалась тяжелая изжога, у большинства же имела место умеренно выраженная и легкая изжога, соответственно у 41,9% и 40,7% больных.

При проведении анализа распределения пациентов по выраженности изжоги при различных степенях тяжести течения БА выявлено, что с нарастанием тяжести течения БА уменьшается доля пациентов, испытываю-

щих легкую изжогу (с 70% при легкой астме до 38,5% при тяжелой), и возрастает доля лиц с умеренной (с 30% до 49,2-46,2%) и тяжелой изжогой (с 11,9% до 15,4%). Следует отметить отсутствие сильной изжоги среди пациентов с легким течением БА.

При дальнейшем анализе получена статистически достоверная положительная корреляционная связь между выраженностью изжоги и тяжестью течения БА ($r=+0,565$ $p<0,05$).

По данным ЭГДС, проведенного в I группе, рефлюкс-эзофагит был диагностирован лишь у 27,6% больных. Остальные же 72,4% больных составили группу пациентов с эндоскопически негативной рефлюксной болезнью или ГЭРБ. В I группе больных преобладали лица с эзофагитом легкой степени тяжести - 62,5% пациентов, 2-я и 3-я стадии эзофагита диагностированы соответственно у 25,0% и 12,5%. Интересно, что среди больных рефлюкс-эзофагитом лишь у 18,8% наблюдались симптомы тяжелого течения заболевания. Большинство (56,3%) пациентов беспокоила умеренная изжога, меньше была доля лиц с легкой изжогой (25,0%).

В отличие от анализа, проведенного среди пациентов I группы в целом, обследование лиц с эрозивной формой ГЭРБ не выявило взаимосвязи между тяжестью БА и выраженностью рефлюкс-эзофагита ($p=0,28$).

Таким образом, ГЭРБ встречается у 53,1% пациентов, страдающих бронхиальной астмой. При этом имеет место положительная корреляционная связь между

тяжестью течения бронхиальной астмы и выраженностью клинических признаков ГЭРБ ($r=+0,565$ $p=0,029$). У больных с сочетанием БА и ГЭРБ достоверно чаще ($p=0,036$) наблюдаются ночные симптомы астмы, чем у пациентов бронхиальной астмой без признаков ГЭРБ.

Литература:

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. - М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. - 96 с.
2. Ивашкин В.Т., Шувалькова Ю.О. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические и фармакологические аспекты // РМЖ. - 2002. - Т. 10. - № 4. - С. 200.
3. Rey E, Elola-Olaso CM. et al. Prevalence of atypical symptoms and their association with typical symptoms of gastroesophageal reflux in Spain // Eur J GastroenterolHepatol. 2006 Sep;18(9):969-75.
4. Арутюнов А.Г., Бурков С.Г., Щерба Е.П. Механизмы взаимосвязи гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и бронхиальной астмы и тактика ведения больных // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии - 2004. - № 2. - С. 5-9.
5. Onyekwere C.A., Adeyeye O.O., Ogbera A.O., Duro-Emmanuel F. Prevalence of gastroesophageal reflux disease among patients with bronchial asthma // Trop Gastroenterol. 2010 Jul-Sep;31(3):195-8.

УДК 616.633.455.623

ҚАНТ ДИАБЕТИ – ҒАСЫР ДЕРТІ

А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабаяева, Р.Р. Сейтканова, Б.К. Курмангажина

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Тұжырым

Қант диабеті дүние жүзінде мүгедектілікке әкелетін ауру. Ауруды ерте анықтау бізге оның асқынуларының алдын-алуға көмектеседі. Диабетті және оның асқынуларын емдеуге кететін шығындар үнемі артуда, ал аурудың алдын-алу мен оның асқынуларын болдырмау әлдеқайда арзанға түседі. Диабетпен күресу үшін шаралар қолданып, алдын-алу мен емдеу алгоритмін жасау керек. Ол миллиондаған адам өмірінің сапасын жақсартуға мүмкіндік береді.

Summary

DIABETES MELLITUS - THE PROBLEM OF THE CENTURY

A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, R.R. Seitkanova, B.K. Kurmangazhina

Diabetes - this is one of the most serious and disabling diseases in the world. Early detection of diabetes mellitus gives us prevent complications of the diseases. The cost of treating diabetes and its complications are increasing, while the costs of prevention of diabetes and prevention of its complications is much less. It is necessary to take steps to control diabetes and to develop an algorithm for its prevention and treatment. On this depends the quality of life for hundreds of millions of people around the world.

Қант диабеті басқа эндокринді аурулардан тек кең таралуымен ғана емес, асқынуларының даму жиілігімен де ерекшеленеді. Қант диабеті 70-80% жағдайда жүрек-тамыр, цереброваскулярлы аурулар мен көру мүшесі патологиясына әкеледі. Жүрек аурулары 2 есе, зағиптарды 10 есе, аяқтардың гангрены мен ампутациясын 15-40 рет артады. Диабеттің ретинопатия, нефропатия, диабеттік табан, полинейропатия сияқты асқынулары мүгедектіктің негізгі себебі болады. Қант диабетін тұрғындардың денсаулығына үлкен зиян және аурудың асқынулары мен оңалтуға кететін үлкен экономикалық шығындар нәтижесінде басқа елдердегі сияқты Қазақстанда да денсаулық сақтауда маңызды мәселе. Қант диабетінің екінші түрінің жиілігі артуы артық дене салмағы мен семіздіктің кең таралуына байланысты. Біріншілік медициналық санитарлық көмек жүйесі

дамыған мемлекеттерде қантты диабеттің екінші түрімен ауыратын науқастарды ерте анықтау, қандағы қан мөлшерін тұрақты бақылау, тамырлық асқынулардың алдын-алуды жүргізуде осы жүйенің орны маңызды.

Қант диабеті кезінде инсулиннің жеткіліксіз түзілуінен (қант диабетінің 1 типі) немесе оның тінге әсерінің бұзылуынан (қант диабетінің 2 типі) зат алмасу үрдісі бұзылады. Инсулин ұйқы безінде "Лангерганс аралшаларында" орналасқан бета-клеткалармен түзіледі. Ересек адамда 1 миллион осындай аралшалар болады, олардың жалпы салмағы 1-2 г.

Инсулин – екі аминқышқылды тізбектен тұратын ақуыз молекуласы, адам ағзасында зат алмасуға қатысады. Клеткалардың қантты жылдам сіңіруіне биологиялық әсер етеді. Қант ағзада тек глюкоза молекуласы түрінде болады, глюкоза тіңдер мен мүшелерде энергия көзі ретінде

қолданылады. Сонымен қатар инсулин ақуыз молекулалары үшін құрылыс материалы болатын аминқышқылдарын клетка ішіне түсуіне көмектеседі, ағзада майдың жиналуына әсер етеді.

Қант диабеті 1 типін ертеде жастардың диабеті, ал екінші типті қарттардың диабеті деп атаған. Диабеттің екі түрінде де оларға тән жалпы белгі – қандағы қант мөлшерінің жоғары болуы.

Қант диабетінің 1 типі генетикалық бейімділігі бар адамдарда вирусты инфекция мен бета-клеткаларға антиденелердің әсерінен (аутоиммунды зақымдау) дамиды. Диабеттің тұқым қуалайтын белгілері алтыншы хромосомада орналасқан, олардың ағзада болуын лейкоциттердің антигендерін зерттеу арқылы анықтауға болады. HLA DR3 және DR4 белгіленетін лейкоцитарлы антигендері бар адамдарда диабет даму қаупі жиі.

Қант диабетінің 1 типі дамуы: диабетке бейімділігі жоғары адамдарда вирусты инфекция Лангерганс аралшалары клеткаларына қарсы антиденелер түзілуін туғызады. Бұл антиденелер инсулин түзуші клеткаларды бұза бастайды, бірақ қант диабетінің белгілері (шөлдеу, жиі несеп шығару, дене салмағын жоғалту, шаршағыштық) тек бета клеткалардың 80% жойылғанда дамиды. Осыған байланысты антиденелер түзілуі, аурудың басталуымен диабеттің айқын белгілері пайда болуы арасында айлар кейде жылдар өтуі мүмкін. Қант диабетінің 1 типінде инсулин түзілуі төмендейді, абсолютті инсулин жетіспеушілігі дамиды, сондықтан аурудың басынан бастап науқастарды инсулинмен емдеу керек. Отбасында ата-анасының біреуі диабетпен ауырса балаларда диабет даму қаупі 3-5%-ды құрайды. Егер ата-анасының екеуі де диабетпен ауырса диабет даму қаупі 10-25%-ға өседі. Қант диабеті 1 типі әзірге толық жазылмайды, қазіргі уақытта бета клеткалардың бұзылуын баяулатуға байланысты әдістер жасалуда, ол ауру басталуын кейінге шегеруі немесе дамуының алдын алуы мүмкін.

Қант диабеті II типі инсулинге резистенттілік нәтижесінде дамиды. Ағзаның тіңдерінде (май, бұлшықет, бауыр) инсулин әсер ететін инсулинді рецепторлар бар. Рецепторлар инсулинмен әрекеттескен соң, глюкозаның тіңдерге енуі күрт артады. Инсулин рецепторлары патологиясында олардың инсулинмен әрекеттесуі бұзылады да тіңдердің инсулинге резистенттілігі дамиды. Бұл жағдайда инсулин бөлінуі төмендегендіктен, ол салыстырмалы инсулин жетіспеушілігі деп аталады. Көп жағдайда инсулин рецепторларының қызметі семіздік кезінде байқалады. Екінші жағынан артық тамақ жеу қандағы глюкоза мөлшері артуына әкеледі. Тіңдердің инсулинге сезімталдығы болмағандықтан глюкоза клетка ішіне кіре алмайды. Ол үшін инсулиннің көп мөлшері қажет, сондықтан ұйқы безі инсулиннің артық мөлшерін өндіре бастайды, нәтижесінде бета-клеткалар гипертрофияланып, қант диабеті дамиды. Қант диабетінің II типі тұқым қуалау қаупі 40%. Кейде қант диабетінің II типі жеткіншектерде және жастарда дамиды, ол 50-80 % тұқым қуалайды.

ДДҰ анықтамасы бойынша (1999ж) қант диабеті – инсулин бөлінуі мен инсулин әсерінің ақауы нәтижесінде дамиды, созылмалы гипергликемиямен сипатталатын метаболкалық аурулар тобы.

Қант диабетінің этиологиялық жіктемесі (ДДҰ, 1999)

1. Қант диабеті 1 тип
2. Қант диабеті 2 тип
3. Диабеттің басқа да арнайы түрлері:
 - Клеткасы қызметінің генетикалық ақаулары
 - Инсулин әсерінің генетикалық ақаулары

- Ұйқы безінің экзокринді бөлігінің аурулары
- Эндокринопатиялар
- Дәрілердің әсерінен дамыған диабет
- Инфекциялар
- Иммунды жүйемен байланысты диабеттің ерекше түрлері

4. Кейде диабетпен бірге кездесетін басқа да генетикалық синдромдар

- Гестациялық диабет - жүктілік кезінде туындайтын глюкоза толеранттылықтың бұзылуы.

Қант диабетінің клиникалық көрінісінде жиі кездесетін белгілер: шөлдеу, полидипсия, полиурия, еңбекке қабілеттіліктің төмендеуі, дене салмағы азаюы, көз көруі нашарлауы, (гипергликемия кезінде хрусталик ісінуі, аккомодация әлсіздігі), қышу (жылпылама немесе жергілікті, мысалы, қынап аймағында), тәбет жоғалуы, бұлшықет дірілдеуі, сезімталдық бұзылуы, нейрнопатиялар, іштегі ауырсыну, кейде «іш теспесі» сияқты көрініс, жыныс жолдары инфекциясы, микоздар, фурункулез, дисменорея, аменорея, белсіздік.

Қант диабетінің жеңіл дәрежесінде микро және макротамырлық асқынулары жоқ, гликемия мөлшері 8 ммоль/л артық емес, нормогликемияға диетотерапиямен жетуге болады. Орта ауырлық дәрежесінде диабеттік ретинопатия пролиферативті емес саты, микроальбуминурия сатысындағы нефропатия, полинейропатия; компенсацияға инсулин және пероралды қант төмендететін дәрілер көмегімен жетуге болады. Ауыр дәрежеде диабеттік ретинопатия препролиферативті және пролиферативті сатыда, протеинурия немесе созылмалы бүйрек жетіспеушілігі сатысындағы нефропатия, автономды нейрнопатия, макроангиопатиялар: инфарктен кейінгі кардиосклероз, жүрек жетіспеушілігі, insultтен кейінгі жағдай, аяқтардың окклюзиялық зақымдануы байқалады.

Емі дәрігермен анықталады. Семіздіктің барлық түрлерінде белсенді қимыл тәртібі, шылым шегуден бас тарту, тамақтану тәртібін өзгерту: майлы, тәтті, ұннан және дәнді дақылдан жасалған тамақты, картопты азайтып, көкөністер мен жемістерді, майлы емес сүт тағамдарын көбірек қолдану. Өзін-өзі бақылау, науқасты диабет мектебінде оқыту, дұрыс тамақтануға дене шынықтырумен айналысуға, өздігінен қант мөлшерін тексеруге, дене салмағын айына бір өлшеп отыруға үйрету. Сонымен қатар эндокринолог бақылауымен инсулин, пероралды қантты төмендететін препараттар (инсулинге резистенттілікті төменту үшін: метформин 1500 мг дейін, тиазолидиндиондар; майлардың сіңірілуін азайту үшін: ксеникал, орлистат (360 мг/тәул. дейін), көмірсу сіңірілуін азайту үшін – глюкобай, акарбоза (450 мг/тәул. дейін) тағайындалады.

Әдебиеттер:

1. National Diabetes Data Group Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. Diabetes. 2009. 28. P. 1039-1057.
2. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром. М. MediaMedica. 2004. С. 47-49.
3. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Российские рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. 6(2).
4. Дедов И.И. «Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения. Федеральный диабетологический центр МЗ РФ, www.diabet.ru/Sdiabet/1998/diabet.htm

УДК 616.24-007.63

ЗНАЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ АДЕНОИДОВ И ХРОНИЧЕСКИХ АДЕНОИДИТОВ У ДЕТЕЙ

Ж.О. Жакиянова, Б.К. Ерсаканова, Л.О. Абдикаримова, Б.М. Аскаров,
М.Т. Сытдыкова, И.А. Гноевых, Д.М. Кусаинова

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,
КГКП «Поликлиника смешанного типа №1», г. Семей
КГКП «Поликлиника смешанного типа №2», г. Семей
«Семейский филиал Госпиталь с Поликлиникой ДВД ВКО», г. Семей

Тұжырым

**БАЛАЛАРДЫҢ АДЕНОИДТАРЫ МЕН СОЗЫЛМАЛЫ АДЕНОИДТАРЫНЫҢ
ЭТИОПАТОГЕНЕЗІНДЕ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ФАКТОРДЫҢ МАҢЫЗЫ**

Ж.О. Жакиянова, Б.К. Ерсаканова, Л.О. Абдикаримова, Б.М. Аскаров,
М.Т. Сытдыкова, И.А. Гноевых, Д.М. Кусаинова

Зерттеу жұмысы барысында созылмалы аденоидитпен ауыратын науқастарды біртұтас аллергологиялық тексеруден өткізіп, сырқаттанудың сипатын негіздеп емдеу барысын жоспарлау үшін маңыздылығы анықталды. аллергологиялық аденоидиттің эндоскопиялық белгілері: лимфоидты тіннің бозарған қызғылт түсі, айқын ісіну, иректердің тегістелуі, сілемейлі қабықтың жылтырауы, бөліністердің көбеюі жиі байқалды.

Summary

**VALUE OF THE ALLERGIC FACTOR IN AETIOPATHOGENY OF ADENOIDITIS
AND CHRONICS ADENOIDITIS AT CHILDREN**

Zh.O. Zhakiyanova, B.K. Ersakhanova, L.O. Abdikarimova, B.M. Askarov,
M.T. Sytdykova, I.A. Gnoevykh, D.M. Kusainova

To children with chronic adenoiditis it is shown complex allergology inspection that will allow to specify character of process and to develop adequate medical tactics. Characteristic possible to consider as signs: light pink color of lymphoidum the fabrics, the expressed puffiness, the smoothed furrows, a brilliant mucous membrane, more often with a plentiful secret of mucous character.

Актуальность темы

Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последние десятилетия привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей.

По данным ВОЗ, аллергические заболевания по своей распространенности занимают третье место в мире, т.к. почти у 40% населения высокоразвитых стран имеются признаки атопии. Научный прогноз свидетельствует о дальнейшем росте числа аллергических заболеваний, который особенно заметен в детском возрасте /1,2,3/.

Вместе с тем самой распространенной патологией ЛОР-органов в детском возрасте являются заболевания лимфаденоидного кольца глотки, их гипертрофия и воспалительные заболевания /4/.

По данным мировой статистики, к 14 годам жизни у 10-15% детей имеются различные признаки аллергии, а у 30-40% пациентов с аллергическим ринитом диагностируют аденоидные вегетации. Вопрос о значении аденоидных вегетаций в патогенезе аллергии не является решенным до настоящего времени. Сочетание и взаимодействие аллергического ринита, аденоидита и бронхиальной астмы — важнейшая проблема современной аллергологии и оториноларингологии. Связь этих заболеваний требует серьезного изучения, в частности вопрос о влиянии аденоидит на дальнейшее течение аллергического ринита. Пока нет ответа на вопрос, повышает ли удаление глоточной миндалины риск заболевания бронхиальной астмы /5,6/. Глоточная миндалина локализуется в критической зоне: на пересечении дыхательных и пищеварительных путей, там, где регистрируется наиболее интенсивное антигенное воздействие, как инфекционное, так и неинфекционное /7/. При значительном увеличении глоточной миндали-

ны нарушается нормальное носовое дыхание, вследствие чего нарушается мукоцилиарный транспорт и возникает застой слизи в полости носа. Чужеродные частицы, аллергены, вирусы, бактерии, химические вещества, проникающие в полость носа с потоком вдыхаемого воздуха, прилипают к слизи. Фиксирующиеся в полости носа и носоглотки аллергены становятся триггерами аллергического воспаления, размножение вирусов; рост бактериальных колоний приводит к возникновению инфекционного воспаления; вследствие чего клинические различия между этими, двумя формами патологии могут стираться /8/. Оториноларингологу важно своевременно распознать суть патологического процесса в верхних дыхательных путях, т.к. от своевременного и правильно установленного диагноза зависит назначение этиологически и патогенетически обоснованного лечения. Актуальность вопроса обусловлена и тем, что, несмотря на большое количество лекарственных средств, используемых для лечения аллергического ринита и аденоидита, проблема терапии этого заболевания у детей далека от полного разрешения. Современный комплексный подход терапевтических мероприятий не всегда приводит к желаемому результату. Возникают новые проблемы, связанные с длительностью применения интраназальных средств и антигистаминных препаратов нового поколения, индивидуальной чувствительностью организма к аллергенам и фармакологическим препаратам у детей /6/. Проблема аллергического аденоидита у детей приобрела в последние годы, особую актуальность. Это связано с тем, что дети с аллергическим ринитом часто наблюдаются с диагнозом; аденоидные вегетации и подвергаются оперативному вмешательству. Одни считают, что операция приводит не только к рецидиву заболевания, но и существенному утяжелению аллергического рини-

та, другие считают, что без хирургической коррекции нельзя рассчитывать на успех восстановления носового дыхания. Перед врачами возникают вопросы: надо ли оперировать таких детей? Как и когда? Поэтому аденоотомия у ребенка с аллергией должна иметь тщательно выверенные показания, во избежание усугубления клинических проявлений аллергоза [9]. Все вышеизложенное объясняет интерес клиницистов к поиску новых методов лечения аденоидитов у детей, страдающих аллергией, позволяющих повысить эффективность проводимой терапии, уменьшить частоту рецидивов и осложнений.

Эти причины явились побудительным мотивом для изучения особенностей течения и лечения хронического аденоидита у детей с аллергией. Приведенные выше аргументы позволяют полагать, что тема настоящего исследования актуальна и соответствует приоритетному профилактическому направлению детского здравоохранения.

Цель: изучить роль аллергии в возникновении и течении хронических аденоидитов и повысить эффективность их лечения у детей.

Задачи:

1. Выяснить, в какой степени аллергия лежит в основе хронического воспаления лимфоидной ткани носоглотки у детей.

2. Провести комплексное аллергологическое обследование детям с хроническими аденоидитами.

3. Определить особенности эндоскопической картины лимфоидной ткани носоглотки у детей с аллергией.

6. Провести сравнительный анализ эффективности различных видов терапии аллергического аденоидита у детей.

Материал и методы исследования

Было проведено обследование детей в возрасте от 3 до 11 лет. Общее количество обследованных детей: 105. Развитие и течение хронических аденоидитов у детей в 23% случаев было обусловлено аллергическим состоянием. Наиболее часто причинно-значимыми аллергенами являлись бытовые (81%) и пыльцевые (53%) аллергены. Характерными эндоскопическими признаками аллергических аденоидитов являются: бледно-розовый цвет аденоидных вегетаций, выраженная отечность и сглаженность борозд, слизистый характер отделяемого. Наиболее важным признаком можно считать лабильность в размерах глоточной миндалины, обусловленную течением аллергического процесса. У 31% детей с аллергическими аденоидитами выявлено снижение слуха. Определяется «флюктуирующий» характер тугоухости, за счет выраженного отека процесса лимфоидной ткани носоглотки. Исследования методом передней активной риноманометрии позволяют объективно оценивать динамику функции носового дыхания на фоне проводимого лечения. Наличие персистирующей инфекции в носоглотке, вызванной *Staphylococcus aureus* в сочетании с высокими титрами специфических IgE антител к энтеротоксинам *Staphylococcus aureus*, может приводить к развитию аллергических заболеваний у детей. Комплексное консервативное лечение аллергических аденоидитов привело к стойкой ремиссии у 85,8% детей. При неэффективности лечения оптимальным хирургическим вмешательством является поднаркозная эндоскопическая аденоотомия на фоне адекватной предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Выводы

1. Детям с хроническими аденоидитами показано комплексное аллергологическое обследование, что позволит уточнить характер процесса и выработать адекватную лечебную тактику.

2. Характерными эндоскопическими признаками аллергического аденоидита можно считать: бледно-розовый цвет лимфоидной ткани, выраженная отечность, сглаженные борозды, блестящая слизистая оболочка, чаще с обильным секретом слизистого характера.

3. Для сокращения степени гипертрофии глоточной миндалины показано назначение интраназальных глюкокортикостероидов не менее 1 месяца, обладающих выраженным клиническим эффектом в отношении аллергического аденоидита у детей.

4. Наличие у ребенка гипертрофии глоточной миндалины и признаков аллергии не является ограничением в показаниях к аденоотомии. Аденоотомия у детей с аллергическими заболеваниями, проводимая под общим обезболиванием и правильной тактикой ведения предоперационной подготовки и послеоперационным ведением не приводит к обострению и утяжелению аллергических заболеваний.

5. Показаниями к аденоотомии у детей с аллергией является: выраженная назальная обструкция, которую не удается исключить консервативными методами лечения, патология со стороны среднего уха и слуха, при неэффективности этапного проводимого консервативного лечения, синдром слип-апноэ.

Литература:

1. Аллергические риниты у детей: клиника, диагностика, лечение (Балаболкин И.И., Лукина О.Ф., Ксензова Л.Д., Юхтина Н.В. и соавт.). Мет. рекомендации (№3) Комитета здравоохранения Правительства Москвы.- Москва.-2000.-14 с.

2. Аллергический ринит у детей (Гущин И.С., Ильина Н.И., Польшер С.А.). Пособие для врачей. М., 2002.-80с.

3. Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы // Мат. симпозиума на 4-м Конгрессе Российской Ассоциации Аллергологов и Клинических Иммунологов (РААКИ).-Москва.-29 мая 2001.-54с.

4. Гавалов С.М. Часто и длительно болеющие дети.- Новосибирск.-1993.-С.55.

5. Ревякина В.А. Бронхиальная астма и ее связь с аллергическим ринитом: подходы к терапии // Кон8Шит-теё1сит.-2002.-Приложение №1.-С.14-16.

6. Ревякина В.А., Мещеряков Л.П. Клинические аспекты аллергического ринита у детей. Нерешенные вопросы // Российский аллергологический журнал.-2004.-№1.-С.35-36.

7. Хмельницкая Н.М., Ланцов А. А., Тимофеева Г.И. Морфофункциональное состояние глоточной и небных миндалин у детей с регионарным лимфаденоитом // Вест. оторинолар.-2000.-№3.-С.31-35.

8. Шапаренко Б. А., Лавренова Г.В., Филиппенко Л.Н. Роль мерцательного эпителия в механизме самоочищения воздухоносных путей //Журн. ушн., нос. и горл. бол.-1985.-№4.-С.52-54.

9. Immune cell associated with M cell in the follicle-associated epithelium of Peyer patches in the rat. An electro- and immunoelectronmicroscopic study / Jarry A., Robasz-kiewicz M, Brousse N., Potet F. / Cell Tiss Res.-1989.-Vol. 255,N2.-P.293-298.

УДК 616.891+159. 922.7 – 005.216. 1

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА «ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЧИСТКИ ИЗДЕРЖЕК СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ» У ДЕТЕЙ С НЕВРОЗАМИ

Г.К. Бураханова

КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей

Резюме

Одной из серьёзных проблем современной медицины является проблема проявления страха у детей дошкольного и младшего школьного возраста, это актуально тем, что в настоящее время увеличилось число детей, отличающихся повышенным состоянием страха.

В данной статье выделяется только одна сторона модели патогенетической психотерапии – «психологическая очистка издержек семейного воспитания», являющаяся составной частью метода преодоления детьми страхов. Суть метода состоит в качественном своеобразии оригинального комплекса психологической очистки наиболее неадекватных сторон родительского воспитания, таких как непоследовательность, порицания, обвинения, тревожное ожидание и беспокойство, наказание вообще и физическое в частности, а также избыток информации.

Тұжырым

НЕВРОЗЫ БАР БАЛАЛАРДА «ЖАНҰЯЛЫҚ ТЕРІС ТӘРБИЕНІ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТАЗАРТУ» ӘДІСІНІҢ НӘТИЖЕЛІЛІГІ

Г.К. Бураханова

Қазіргі заманғы медицинаның күрделі мәселелерінің бірі мектепке дейінгі балалар мен төменгі сынып оқушыларындағы қорқыныш сезімінің пайда болуы. Тақырыптың өзектілігі қазіргі кезде қорқыныш сезімі жоғары балалар санының жоғарылауымен түсіндіріледі.

Берілген мақалада балалардағы қорқыныш сезімін жеңудің негізгі құрамдық бөлігі болып табылатын «Жанұялық теріс тәрбиені психологиялық тазарту» патогенездік психотерапиясының тек бір моделі ғана көрсетілген. Әдістің мәні ата аналардың тәрбиесінен болатын ретсіздік, қарсы келу, айып тағу, алаңдаушылықпен күту және мазасыздық, жалпы жазалау, оның ішінде физикалық жазалау, сонымен қатар ақпараттың артық мөлшері сияқты адекватты емес жақтарын оригиналді сапалық психологиялық көмек көрсету.

Summary

EFFECTIVENESS OF THE METHOD "PSYCHOLOGICAL TREATMENT COSTS OF FAMILY EDUCATION" IN CHILDREN WITH NEUROTIC

G.K. Burakhanova

One of the major problems of modern medicine is the appearance of fear problems in children of preschool and primary school. It's topical that at present the number of children with different high state of fear.

This article is allocated only one side of the pathogenetic model of psychotherapy "psychological treatment costs of family education", which is part of a method to overcome the fears of children. The essence of this method consists in the qualitative peculiarity of the original complex of physiological treatment most inadequate sites of parenting, such as inconsistency, censure, prosecution, anxious anticipation and anxiety, punishment as a whole, and physical, in particular, as well as the excess of information.

Актуальность. Проблемы проявления страха у детей дошкольного и младшего школьного возраста актуальна тем, что в настоящее время увеличилось число детей, отличающихся повышенным состоянием страха. [1]

В детском возрасте осознание источников, причин, ведущих к невротизации личности должно проводиться через родителей, поскольку их собственные невротические расстройства и характерологические особенности вместе с нарушенными отношениями в семье и неправильным воспитанием и являются ведущим семейным фактором происхождения неврозов у детей [2]

Актуальность проблемы в том, что среди причинных факторов, способствующих невротизации детей, выделяется аффективная несдержанность родителей, когда они кричат на ребёнка, находясь в раздражённом состоянии; часто и далеко не всегда обоснованно его ругают; угрожают всяческими карами и последствиями, а также наказывают физически. Типичной и будет тактика родителей, когда они постоянно стыдят ребёнка и читают мораль с бесконечными советами, предписаниями, нотациями. Подобные крайности или издержки семейного воспитания обычно идут на фоне гиперопеки матери и безудешных попыток установить с её стороны строгий контроль за поведением детей. Отец же в семьях детей с неврозами играет или слабую, недостаточно включённую роль в жизни семьи, или пытается преодолеть зависимость от супруги нарочито жёсткой и бескомпромиссной позицией по отношению к ребёнку. До-

статочно распространены в семьях детей с неврозами разногласия родителей по поводу воспитания детей и конфликты с ними. Вместе с предшествующей нервной и соматической ослабленностью детей перечисленные факторы неправильного воспитания и нарушенных семейных отношений являются этиопатогенетическими факторами неврозов как психогенных заболеваний формирующейся личности. [2,3,4,5]

Психотерапия, рассчитанная на перестройку отношений в семье и коррекцию неправильного воспитания, при одновременном оказании врачебной и психологической помощи детям и родителям определяется как патогенетическая психотерапия. За многие годы разработан метод патогенетической психотерапии неврозов у детей в виде системно понимаемой семейной, индивидуальной и групповой психотерапии. [4,5].

Целью данной работы является анализ эффективности метода «психологической очистки издержек семейного воспитания» у детей с неврозами.

Материалы и методы исследования. С 2009 – 2011 гг. наблюдались дети, больные неврозами. Родители больных детей с неврозами обращались к психотерапевтической помощи, как по рекомендации врачей педиатров, психиатров, так и самостоятельно на разных этапах заболевания, т.е. больные, находящиеся на амбулаторном наблюдении, а также прошедшие курс лечения в стационаре. Психотерапевтическое лечение проводилось в тесном контакте совместно с педиатрами и родителями.

Было обследовано 30 пациентов с неврозами. Из них мальчиков - 19 человек, что составило 63,3%; девочек - 11 человек, что составило 36,7%. По возрастному составу они распределялись следующим образом 5 лет - 2 (6,7%), 6 лет - 5 (16,7%), 7 лет - 8 (26,6%), 8 лет и выше - 15 (50%). Давность заболевания была следующая: до года - 9 больных (30%), до двух лет - 12 (40%), до трёх лет и более - 4 (13,3%).

Для больных детей, страдающих неврозами, была разработана специальная программа лечебных психотерапевтических мероприятий в зависимости от состояния пациентов.

Кроме этого больные получали комплексную медикаментозную (базовую) терапию, физиотерапию, фитотерапию. Для анализа работы взята контрольная группа 30 пациентов, страдающих неврозами получавших только фармакотерапию.

Результаты исследования и обсуждение.

Специальная программа лечебных психотерапевтических мероприятий включала в себя: 1) индивидуальную психотерапию, 2) групповую психотерапию, 3) метод «психологической очистки издержек семейного воспитания»

Индивидуальная психотерапия проводилась как с больным ребёнком, так и с его родителями. После разъяснения на первичном приеме причин невротизации детей родители пытались изменить свои взаимоотношения с ребёнком.

В проводимых психотерапевтических игровых сеансах участвовали ребёнок и родители, детский психиатр, психолог, а также студенты проходящие обучение. В итоге на одного ребёнка приходилось несколько взрослых, что можно обозначить, как проведение психотерапии в группе.

Продолжительность игрового сеанса обычно не превышала 30 мин. Этого времени достаточно для поддержания интереса к игре и удовлетворения потребности в ней.

В данной статье выделяется только одна сторона модели патогенетической психотерапии - «психологическая очистка издержек семейного воспитания», являющаяся составной частью метода преодоления детскими страхами. Метод ПО (психологическая очистка) включал психотерапевтическое использование художественного и игрового творчества детей с целью эмоциональной десенсибилизации (ослабления) страхов, их эмоционального отреагирования и обучения новым, более социально-адаптивным методам поведения. Успешность метода преодоления страхов у детей, так и «издержек семейного воспитания» во многом зависела от действительности изменения взглядов родителей на взаимоотношения в семье и проблемы воспитания, а также от улучшения нервно-психического состояния, прежде всего при наличии у них собственного невроза.

При проведении семейной психотерапии одного рационально-аналитического воздействия на родителей с целью перестройки семейных отношений было недостаточно для оказания надёжной психотерапевтической помощи детям. Сказывались неадекватно сформированные в детстве стереотипы семейных взаимоотношений, неблагоприятные изменения характера и недостаточное внимание к вопросам психического здоровья детей. Обращало внимание и чрезмерная требовательность, принципиальность, негибкость, неумение принимать и играть роли в отношениях с детьми, отсутствие в них непосредственности и доверительности.

Во многом смягчить, а то и устранить подобные отклонения семейного воспитания помогало участие родителей в игровых занятиях с детьми - в процессе ин-

дивидуальной и игровой психотерапии. Это повышало активность и заинтересованность родителей в оказании помощи ребёнку, больному неврозом, и способствовало проведению с ним дома аналогичных игровых занятий.

Каждая игра состояла из нескольких фаз, действий или этапов. Другими словами, каждая игра строилась так, чтобы она выполняла не одну, а несколько лечебных функций.

Игра «Пятнашки». Как и в последующих играх, наряду со спонтанностью и импровизацией, существуют противостоящие правополушарной активности левополушарные ограничения - правила, запреты, без которых не может быть успешного завершения игры. Как раз в этом и заключалось, помимо устранения страха неожиданного воздействия, психотерапевтический эффект «психологической очистки от избытка родительских правил».

Происходила нейтрализация избытка родительских угроз и наказаний в прошлом и настоящем.

Игра «Жмурки» - устраняла не только страх неожиданного воздействия, но и отчасти темноты и замкнутого пространства (глаза у ведущего завязаны и нет яркого освещения в игровой комнате). Эффект «психологической очистки...» (ПО) зависел от предварительной установки соблюдать «инкогнито», то есть не лезть, не высываться, не двигаться, не обнаруживать своего «я», даже если ведущий и пытался ощупью установить, кто находится перед ним. Тем не менее, нужно признать вслух «отгадывание» себя, когда ведущий правильно называл имя скрывающегося на заранее очерченной игровой площадке.

Психологическая очистка угроз обнаружения, раскрытия замыслов, когда водящий с завязанными глазами ищет участников со словами: «Где же они находятся?», «Надо обнаружить всех, во что бы то ни стало», «Я покажу, на что способен!», «Никто от меня не скроется», «Я с вами рассчитаюсь», «Берегитесь!» и т. д.

Тревожно-мнительные, а то и паранойально настроенные родители пытались всеми правдами и неправдами доискаться до истинных намерений ребенка, безапелляционно нарушая его право на личную свободу и на собственное мнение. Во время терапии ребенок в роли водящего отвечал тем же, осуществляя таким образом «наказ» для родителей и одновременно освобождаясь от психологической «зашлакованности» мозга излишней угрожающей информацией.

Игра «Прятки». Устраняла страхи темноты (игра проводилась в вечернее время), одиночества (каждый прячется по одиночке) и замкнутого пространства (скрываться нужно в узком, стеснённом пространстве, чтобы не быть замеченным). Эффект ПО состоял в том, что родители и дети поочередно находят друг друга, устраняя тем самым свои предшествующие опасения (тревоги) разлуки и отсутствия любви.

Игра «Кто первый». После определённого, заранее оговоренного сочетания слов, произносимых одним из участников игры, все начинают скакать, как зайчики, до определённого места и обратно. Игра снимала реакции торможения. В интересующем нас контексте она выступала как «честность и согласованность в отношениях родителей и детей», подразумевая неукоснительное соблюдение с обеих сторон правил игры, за нарушение которых могли бы последовать санкции (психологически обыгрываемые условные наказания).

Игра «Быстрые ответы». Нужно быстро, сразу, не задумываясь, отвечать на всякие каверзные вопросы типа: «Сколько километров до Луны?» (ответ: «Много»); «Почему крокодил зелёный?» (ответ: «Живёт в болоте»); «Почему всё кончается на «у»?» (ответ: «Потому»)

и т.д. Игра устраняла торможение при внезапном обращении, что являлось непреодолимым препятствием для лиц, склонных к невротическим реакциям. Механизм ПО заключался в специальном ускорении темпа игры, когда всё время повторяется: «Скорее!», «Нельзя опаздывать!», «Проигрываешь!», «Ничего не можешь сказать сразу!» и т.д. Игра, таким образом, помогала снять избыток предшествующих нервно-возбуждённых обращений родителей к детям, поскольку родители участвовали в игре **наравне** с детьми.

Упомянутые игры составляли только часть разработанного игрового психологического комплекса устранения страхов и психологической очистки издержек семейного воспитания.

В контрольной группе у 30 пациентов, страдающих неврозами, получавших только фармакотерапию у 6(20%) пациентов отмечалось улучшение, у оставшихся 24(80%) наблюдалось более длительное течение заболевания, невроз протекал с частыми клиническими обострениями. У группы детей прошедших психотерапию отмечается полное устранение страхов. Игры не только устраняли страхи, но и действовали самостоятельно в виде психологической очистки. Эффективность метода «психологической очистки издержек семейного воспитания», не оставляет сомнений в целесообразности его использования в практике детской и семейной психотерапии неврозов у детей. Отсюда следует, что правила, требования являются основой воспитания, но их чрезмерность, как, впрочем, и недостаточность, осложняет психическое развитие детей.

Участие родителей в игровой терапии и перестройка их отношений закрепляли полученные результаты.

Выводы:

1. В результате применения метода «психологической очистки издержек семейного воспитания» в психотерапевтическом процессе достигается взаимная

адаптация детей и родителей, совершенствуются навыки самоконтроля и общения в стрессовых ситуациях.

2. Эффективность метода состоит в качественном своеобразии оригинального комплекса психологической очистки наиболее неадекватных сторон родительского воспитания, таких как непоследовательность, порицания, обвинения, тревожное ожидание и беспокойство, наказание вообще и физическое в частности, а также избыток информации.

3. Метод ПО прост в применении и эффективен для коррекции издержек семейного воспитания, способствующих невротизации детей.

4 В результате проводимой терапии происходило осознание родителями причин невротического заболевания ребенка и формирование у них соответствующего психотерапевтического настроя.

5 В процессе психологической очистки лечебные игры, способствуют *нейтрализации недоверия* родителей к возможностям детей, их опыту и перспективам самостоятельного развития.

Литература:

1. Захаров А.И. Игра как способ преодоления неврозов у детей. // - Москва, 1999 г. С.12-14.
2. Захаров А.И. «Как предупредить отклонения в поведении ребенка» // - М., «Просвещение», 1993 - С.22-24.
3. Захаров А.И. «Дневные и ночные страхи у детей» // Изд-во «Союз», СПб., 2000 - С.32-36.
4. А.И. Захаров. Метод «психологической очистки издержек семейного воспитания» у детей с неврозами. // Вестник последилового медицинского образования. Научно-практический информационный журнал. Москва 1999г. - С.86-87.
5. Захаров А.И. Как преодолеть страхи у детей. // Москва. Педагогика, 1986 -С.41-44.

УДК 616.8-085.851-616.36-005.8-08

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

А.А. Алмагамбетова

КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей

Резюме

Психотерапия улучшает психическое состояние больных, перенесших инфаркт миокарда (прежде всего за счет устранения аффективных нарушений и астении), способствует формированию адекватной психологической реакции на болезнь и успешной психологической реадaptации больных после перенесенного инфаркта миокарда. Важное значение в восстановлении трудоспособности больных, перенесших острый инфаркт миокарда, имеет правильная организация психотерапевтических лечебно - реабилитационных мер.

Тұжырым

ЖЕДЕЛ МИОКАРД ИНФАРКТИМЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ПСИХОТЕРАПИЯЛЫҚ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А.А. Алмагамбетова

Миокард инфарктімен ауырған науқастардың психиялық жағдайын психотерапиялық жолмен жақсарту (ең алдымен аффектілік бұзылыстар мен астенияны шектеу арқылы), дертке адекватты психологиялық реакцияларды қалыптастыруға және инфаркттен кейінгі тиімді психологиялық реадaptацияға әкеледі. Жедел миокард инфарктімен ауырған науқастардың еңбекке қабілеттілігін қалпына келтіруде психотерапиялық емдік-реабилитациялық шараларды дұрыс ұйымдастырудың маңызы зор.

Summary
FEATURES OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS
WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

A.A. Almagambetova

Psychotherapy improves the mental state of patients with MI (primarily due to elimination of affective disorders, and fatigue), promotes the formation of an adequate psychological reaction to disease and successful psychosocial rehabilitation of patients after myocardial infarction. The importance in the rehabilitation of patients after acute myocardial infarction is the proper organization of psychotherapeutic treatment and rehabilitation measures.

Актуальность проблемы. Инфаркт миокарда находится в настоящее время в центре внимания кардиологов, психотерапевтов, терапевтов. Выраженные психические нарушения наблюдаются у 50-80% больных инфарктом миокарда. Эти изменения оказывают существенное влияние на течение основного патологического процесса, затрудняют лечение, снижают результаты реабилитации. На основании глубинно-психологического анализа был составлен типичный личностный профиль пациента с коронарными заболеваниями [1]. Волков В.Т. и соавт. допускали, что психический фактор наряду с органическим может играть роль в возникновении инфаркта миокарда. [2-3]. Психотерапевтический аспект реабилитации больных инфаркта миокарда важен и иногда определяет возможность и эффективность всех остальных реабилитационных вмешательств. Бурно М.Е. писал: «Очень важно понимать, что сердце после инфаркта миокарда может восстановить свою функцию быстрее, чем исчезнет состояние депрессии, часто осложняющее это заболевание». [4]

Медицинская практика, на словах придерживается хорошо известного правила «лечить не болезнь, а больного». Оценивая характерологические особенности больных различными формами ИБС, подчеркивается, что эмоциональный стресс имеет существенное значение в манифестации ишемической болезни сердца. [5]

Актуальность темы определяется широкой распространенностью инфаркта миокарда (ИМ), большими потерями вследствие временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации лиц наиболее работоспособного возраста и существенной ролью психологических факторов в восстановительном лечении. В связи с этим очевидна важность мер по психологической реабилитации больных ИМ, основное место среди которых отводится методам психотерапии (ПТ) [9].

Цель исследования:

1) оценить эффективность психотерапии (ПТ), применяемой в лечении больных, перенесших инфаркт миокарда;

2) изучить эффективность гипноуггестивной психотерапии (ГСП) в лечении и реабилитации больных инфаркта миокарда;

3) оценить сравнительную эффективность различных методов ПТ (АТ, ГСП, рационально-разъяснительной психотерапии - РРП) в системе психологической реабилитации больных ИМ.

Материалы и методы исследования.

В течение нескольких лет (2009-2011г.г) наблюдались больные, перенесшие инфаркт миокарда различной степени трудности. Все больные обращались к психотерапевтической помощи на разных этапах после перенесенного заболевания, прошедшие курс лечения в стационаре.

Обследовано 40 больных из них мужчин – 35 (87,5%), женщин - 5 (12,5%); трудоспособного возраста 27-60 лет, средний - 50).

По давности заболевания больные распределялись следующим образом: до года – 21 больной (52,5%), до трёх лет - 13 больных (32,5%), до пяти лет и выше – 6 (15%). По наблюдению перенесенный инфаркт миокар-

да вызывал перестройку характерологических особенностей, что отражалось на темпераменте личности. Увеличилась частота меланхолического темперамента, который характеризовался боязливостью, упрямством, рассудительностью, пессимизмом, необщительностью. Одной из жалоб у этой группы больных был страх перед повторным инфарктом. Этот страх расценивался, как навязчивый страх смерти. В клинической картине этих больных отмечались явления раздражительной слабости, колебания настроения, повышенная впечатлительность и настороженность. Эти больные ходили очень осторожно, медленно, как бы не вызвать физическое напряжение. Они исключали всякое лишнее физическое напряжение. У больных наряду с утратой здоровья и трудоспособности развивалось расстройство сна, неуверенность, чувство неполноценности, т.е. развивались нервно- психические расстройства, усугубляющие клиническое течение заболевания. Клиническая картина психических нарушений проявлялась в основном в астеническом, тревожном, фобическом, депрессивном, ипохондрическом симптомокомплексах, либо их сочетаниях в виде астено-фобического, астено-ипохондрического синдромов и др.

Наиболее часто встречались: явления астении (24%), тревоги+фобии (22%), депрессии (19%), ипохондрии (19%), анозогнозии (16%).

Для больных, поступающих на реабилитацию непосредственно из стационара были разработаны специальные комплексы антистрессовых лечебных мероприятий.

Все методы ПТ включались в комплексное лечение на 6-8 нед.

При проведении аутогенной тренировки (АТ) была использована методика по J.H.Schultz, [6] включая расширенные формулы спокойствия. Занятия проводились в группах по 8-10 чел., в положении сидя в кресле или лежа по желанию пациентов, 3 раза в неделю, в течение 30 мин. В среднем за курс лечения больные получили 8-10 сеансов. Кроме того, больным предлагалось ежедневно (1-2 раза) заниматься самостоятельно в домашних условиях. ГСП проводилась через день по 30-45 мин. В среднем курс лечения составил 8 сеансов. Погружение в гипнотическое состояние у большинства на уровне I-II стадии по А. Форелю [7] осуществлялось вербальным методом.

Рационально-разъяснительная психотерапия (РРП), [8] которая в среднем состояла из 3-5 бесед (в основном индивидуального характера) по 1 часу, была направлена на формирование у больного адекватного представления о болезни и новых форм поведения в связи с инфарктом миокарда, коррекцию ценностных ориентаций и установок личности.

Психотерапия (ПТ) подбиралась индивидуально для каждого больного. В зависимости от особенностей психического и соматического состояния назначались различные комбинации РРП, АТ и ГСП: 7 чел. (17,5%) нуждались только в РРП; у 10 (25%) больных РРП сочеталась с АТ, у 3 (7,5%) - с ГСП, а у 15 (37,5%) – с АТ и ГСП одновременно; 5 чел. (12,5%) получали АТ в сочетании с ГСП.

Больные занимались также лечебной физкультурой в зале, дозированной ходьбой под контролем врача ЛФК, кардиолога, получали фитотерапию, комплексную медикаментозную (базовую) терапию. Для анализа исследования была взята контрольная группа, состоящая из 40 пациентов с аналогичными характеристиками основного заболевания. Контрольной группой оказывались пациенты, которые в силу субъективных причин отказывались принимать участие в работе группы, но получали медикаментозное лечение, ЛФК, диету и др. По уровню социальной адаптации они максимально приближались к пациентам исследуемой группы, состоящей также из 40 пациентов.

Результаты исследования и обсуждение

Особое место в программе реабилитации имела специальная антистрессовая программа психотерапевтической реабилитации, включающая в себя групповые и индивидуальные сеансы психотерапии, разработанные для данной группы больных.

При направлении больного в психотерапевтический кабинет проводилась беседа, на которой определялись основные психологические проблемы, такие как страх смерти, угроза инвалидности, тревога за будущее из-за возможных затруднений в возвращении к трудовой деятельности, боязнь потери независимости, такие факторы, обосновывающие развитие депрессии, как потеря либидо, бессонница, повышенная раздражительность, снижение внимания. В ходе беседы, помимо вышеуказанных проблем, которые присущи для большинства пациентов этой группы, выявлялись также индивидуальные факторы, являющиеся психотравмирующими и стрессогенными для конкретного пациента. На дальнейших индивидуальных беседах 3 раза в неделю проводилась коррекционная работа, включающая в себя традиционные методы – разъяснительно-рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, гипносуггестивная психотерапия, семейная психотерапия, при необходимости позитивная психотерапия, транзактный анализ.

В ходе первичной беседы, большинству больных предлагается принять участие в групповых занятиях, работающих по принципу Т- групп (группа собирается в одном и том же составе с первого по последнее занятие 10- 15 дней) или групп встреч (члены группы вливаются в работу по мере направления в психотерапевтический кабинет). Число участников группы 8-12 человек. Продолжительность одного занятия 50-60 минут.

В необходимых случаях проводилась семейная психотерапия, так как роль семьи для больного огромна, что помогало больному выбрать правильную ролевую позицию в семье, обрести уверенность в себе, убежденность в возможности полной семейной и профессиональной реабилитации. В ходе занятий в группе также давался теоретический материал в популярном изложении, касающийся как общегиgienических аспектов дальнейшей жизни (двигательная активность, режим питания, половая жизнь) так и навыки наиболее адекватного реагирования на стрессовые факторы.

В сравнении с контрольной группой у больных, проходивших специальную антистрессовую программу, никаких серьезных осложнений или последствий не было.

По результатам психотерапевтического лечения достигнуто стойкое улучшение соматического состояния. Клинические признаки оздоровления подтверждались параклиническими методами обследования (ЭКГ, лабораторные методы исследования, в т.ч. биохимический анализ плазмы на содержание холестерина и др.). Положительные сдвиги по анализу электрокардиограмм выявлены в 86% случаях. Было выявлено восстановле-

ние нарушенного ритма, проводимости, коронарного кровообращения.

Сравнительная динамика состояния больных групп ПТП (психотерапии) и КГ (контрольная).

Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой эффективности ПТП при лечении психических изменений у больных ИМ. Установлено достоверное, по сравнению с КГ, снижение уровня астении и депрессии), а также тревоги и ипохондрии. В отдаленном периоде эффект ПТ в отношении тревоги, астении и депрессии стойко сохранялся. В процессе ПТП отмечено формирование адекватной психологической реакции на ИМ у 72,6% больных, тогда как в КГ - только у 27,4%, отмечалась успешная психологическая реадaptация (у 80,0% и 23,1% больных соответственно).

Под влиянием ПТП отмечено достоверное, по сравнению с КГ, улучшение отношения больных к медикаментозной терапии, к соблюдению диеты и врачебного режима.

Анализ изменения межличностных отношений выявил у больных, подвергшихся ПТП, тенденцию к гармонизации отношений с окружающими людьми (вне семьи и работы) по сравнению с исходным, концу курса ПТ, тогда как в КГ этих изменений не наблюдалось). Отмечено такое улучшение отношений в семье в группе ПТП, по сравнению с КГ.

В группе ПТП, по сравнению с КГ, наблюдалась более благоприятная динамика мотивации к труду, уменьшение ригидности установок, враждебности и конфликтности у больных, подвергшихся ПТП, гармонизации реакции больных на ситуацию, коррекции завышенных требований к окружающей среде, улучшении способности пациентов решать стоящие перед ними проблемы.

В ПТП группе, по сравнению с КГ, отмечено также уменьшение числа больных с кардиалгиями в процессе лечения.

Таким образом, проведенное исследование показало, что проводимая ПТ, оказывает хорошее терапевтическое действие на психическое состояние больных, особенно на аффективные расстройства (тревогу, депрессию) и астению, способствует формированию адекватной психологической реакции на болезнь и успешной психологической реадaptации больных после перенесенного инфаркта миокарда, оказывает положительное влияние на некоторые показатели сердечно-сосудистой системы, а также на соответствующие установки и поведение больных ИМ, связанные с реабилитацией.

Эффективность гипносуггестивной психотерапии в лечении и реабилитации больных ИМ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ГСП оказывает хорошее терапевтическое действие на психическое состояние больных ИМ, прежде всего, за счет устранения тревоги, астении и депрессии, а также анозогнозии и кардиофобии. Отмечено положительное влияние ГСП и на формирование адекватной психологической реакции на ИМ (у 85% больных, тогда как в КГ - у 15%). К концу наблюдения в группе ГСП, по сравнению с КГ, достоверно чаще отмечалась успешная психологическая реадaptация (у 74,5% и 25,5% больных).

Анализ изменения межличностных отношений выявил тенденцию к гармонизации отношений больных с окружающими людьми (вне семьи и работы) к концу курса ГСП, тогда как в КГ этих изменений не наблюдалось. Отмечено также улучшение отношений в семье у больных, подвергшихся ГСП, в то время как в КГ эти отношения менялись мало.

ГСП оказала определенное влияние также на трудоспособность больных ИМ. Так, через 6 мес. от начала

заболевания число больных, вернувшихся к труду, в группе ГСП составило 62,8%, тогда как в КГ - 46,1%.

Сравнительная эффективность различных методов психотерапии.

По данным длительного наблюдения тенденция в большей эффективности АТ и ГСП, по сравнению с РРП, выявилась более четко. Сравнительный анализ динамики психического состояния за весь период наблюдения подтвердил уменьшение числа больных с анозогнозией в группах АТ и ГСП, по сравнению с РРП.

Изучение динамики отношения к врачебным рекомендациям показало, что АТ и ГСП, лучше чем РРП, способствуют сохранению адекватного отношения к соблюдению врачебного режима, отмечена лучшая гармонизация межличностных отношений.

АТ показывает об уменьшении ригидности установок, а также враждебности и конфликтности у больных, уменьшение ипохондрической фиксации на своем состоянии у больных, прошедших АТ, успешная психологическая реадaptация и возврат к труду, уменьшение выраженности психических нарушений.

В группах АТ и ГСП, по сравнению с РРП, сохранялась более высокая мотивация к труду.

Таким образом, АТ и ГСП оказывают большее положительное влияние на анозогнозию, на отношение к врачебным рекомендациям по соблюдению режима и мотивацию к труду. АТ более эффективно способствует гармонизации межличностных отношений, а ГСП лучше устраняет кардиофобию и влияет на сердечно-болевой синдром. У АТ и ГСП к тому же лечебный эффект отличается большей стойкостью. Возможно, что некоторые преимущества АТ и ГСП перед РРП объясняются, во-первых, состоянием релаксации при АТ и ГСП, которая способствует уменьшению тревожности, психологической и физиологической реакции на стрессовое воздействие. Во-вторых, воздействие на психику посредством эмоционально-суггестивных механизмов, по-видимому, обеспечивает больший терапевтический эффект, чем только логическая переработка информации, и, в особенности, в условиях повышенной тревожности. В-третьих, часть больных, прошедших курс АТ, продолжили самостоятельные занятия в домашних условиях. В-четвертых, в отличие от АТ и ГСП, которые проводились в группах больных, РРП применялась, как в групповой психотерапии, но в основном, в индивидуальной форме.

На основе полученных данных представляется возможность уточнить показания к применению АТ, ГСП и РРП: 1) при наличии кардиофобии, сердечно-болевого синдрома или АГ лучше проводить ГСП; 2) при проблемах межличностных отношений и с целью коррекции негативных личностных изменений (враждебность, ригидность установок, конфликтность) – АТ (семейную психотерапию); 3) РРП следует дополнять релаксационно-суггестивными методами ПТ воздействия.

Психотерапия больных ИМ проводилась дифференцированно с учетом психологических особенностей. В целях психологической реабилитации больных ИМ целесообразно проводить психотерапию уже в ранние сроки после ИМ. При этом для коррекции психических изменений, нарушенных отношений, установок, мотива-

ций достаточен короткий курс психотерапии. При наличии кардиофобии и анозогнозии целесообразно применение суггестивно-релаксационных методов психотерапии. При выявлении ипохондрического синдрома необходимо, наряду с более длительным курсом психотерапии, применение психотропных средств. Подобный же подход нужен при лечении кардиалгий, сопровождающихся выраженной психопатологической симптоматикой. При наличии сердечно-болевого синдрома или АГ из методов психотерапии рекомендуется применение длительного курса гипносуггестивной психотерапии. Коррекция поведенческих факторов риска ИБС требует более длительной и интенсивной психотерапии. Психотерапию лучше проводить в группе больных.

Выводы.

1. Психотерапия улучшает психическое состояние больных ИМ (прежде всего за счет устранения аффективных нарушений и астении), способствует формированию адекватной психологической реакции на болезнь и успешной психологической реадaptации больных после перенесенного ИМ.

2. Важное значение в восстановлении трудоспособности больных перенесших острый инфаркт миокарда имеет правильная организация психотерапевтических лечебно-реабилитационных мер.

3. Применение рекомендуемых способов психотерапевтического воздействия позволяет не только успешно бороться с указанными отклонениями и предупреждать их, но и позитивно влиять на течение основного заболевания, мобилизовать резервы личности, всего организма, для восстановления здоровья, потенцировать действие других методов терапии и профилактики возможных рецидивов.

4. Гипносуггестивная психотерапия оказывает большее, по сравнению с другими методами психотерапии, терапевтическое действие, как на психическое состояние, так и сердечно-сосудистую систему, а гипносуггестивная психотерапия и аутогенная тренировка более эффективны, чем разъяснительно-рациональная психотерапия, в реабилитации больных ИМ.

Литература:

1. Носсрат Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия. // Москва «Медицина» 1996 -С.258-263.[1] (Dunbar 1948).
2. Волков В.Т., Стрелис А.К., Караваева Е.В., Тетеньев Ф.Ф. Личность пациента и болезнь // Томск - 1995 - С.164-168.
3. Каменецкий Д.А. Этюды практической психотерапии. // Москва-2000 - С.204-223.[6]
4. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. // Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии. / Под редакцией В.В.Макарова. Академический проект. - Москва 2000. – С.54-82. (гипноз по Форелю, 1928).
5. Карвасарский Б.Д. Психотерапия // Москва. «Медицина» 1985 - С. 99 - 101.(P.Dubois, 1912).
6. Шафикова А.Г. Дифференцированная психотерапия больных инфарктом миокарда на стационарном этапе реабилитации. // Всесоюзный кардиологический научный центр АМН СССР НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова. Москва 1990 – С.160.

УДК 614.7:539-623:454.8

**МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА КАРАЧАГАНАКСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ****Д.У. Кенесары, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова, А.Т. Досмухаметов****Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы****Тұжырым****ҚАРАШЫҒАНАҚ МҰНАЙГАЗКОНДЕНСАТ КЕН ОРНЫ АЙМАҒЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАР
АУРУШАНДЫҒЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ****Д.У. Кенесары, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова, А.Т. Досмухаметов**

Мақалада Қарашығанақ мұнайгазконденсат кен орны аймағындағы тұрғындар аурушандығының медициналық-ұйымдастырушылық мәселелері қарастырылған.

Summary**MEDICAL-ORGANIZATIONAL ASPECTS OF POPULATION MORBIDITY
ARE IN THE REGION OF KARACHAGANAK FIELD****D. Kenesary, M. Amrin, A. Erzhanova, A. Dosmukhametov**

In the article the medical, social and organizational problems of human health are considered in the region of Karachaganak Oil and Gas Condensate Field.

Ускоренное развитие нефтяной отрасли серьезно осложнило экологическую обстановку во многих районах, одним из которых является Карачаганакское нефтегазконденсатное месторождение (КНГКМ), расположенное в Бурлинском районе Западно-Казахстанской области (ЗКО) [1].

Как известно, здоровье населения зависит на 50-55% от условий и образа жизни, 20-25% от состояния окружающей среды, 15-20% - генетических факторов и на 10-15% от уровня оказания медпомощи.

Разработка общей стратегии демографической и экологической политики возможна лишь с учетом объективных экономических, медико-социальных и экологических особенностей региона [2].

В этой связи, нами изучено состояние первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению в регионе КНГКМ (Березовский, Приуральный, Жарсуатский, Успенский, Кызылталский сельские округа, г.Аксай и контрольный п. Александровка).

В регионе происходят интенсивные миграционные процессы. Количество жителей района в последние годы увеличилось, а в малых и средних населенных пунктах отмечено как увеличение, так и уменьшение числа жителей, в связи с внутрирайонной миграцией.

Материалы заболеваемости населения имеют огромное значение при разработке планово-нормативных и организационных вопросов лечебно-профилактической помощи и ее специализации.

Первичная заболеваемость населения по обращаемости в населенных пунктах региона в 2008-2011 гг. была значительно ниже (от 27794,1 до 35300,7 заболеваний на 100000 населения), чем по РК, ЗКО, Бурлинскому району и контрольному п.Александровка (от 48967,2 до 113012,0 обращений на 100000 населения).

Для промышленно-экономического развития региона важное значение имеет государственная концепция демографической политики и целенаправленные инвестиции на социальные, медико-санитарные и экологические потребности.

Нами было проведено социологическое исследование взрослого населения п.Березовка, наиболее близко расположенного к контурам месторождения, а также

контрольного п.Александровка. В п.Березовка опрошено 499 респондентов, а в п. Александровка – 123 (соответственно 38,8 и 21,8% взрослых).

Более половины респондентов (66,7%) лечение получают в условиях сельских врачебных амбулаторий, 23,1 - в семейных. Качеством медицинской помощи неудовлетворенно 33,1 - 50,0%. Недостатки медицинской помощи они связывают с отсутствием оборудования – 35,7%, высокой оплатой – 34,8, низкой квалификацией – 27,1% и отсутствием медикаментов – 23,3%.

Изучение вопросов оказания ПМСП в регионе показало, что в сельских округах число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на одного человека в год ниже (2,4-4,3 посещения на 1 жителя в год), чем по г.Аксай, Бурлинскому району, ЗКО, РК и контрольному п.Александровка.

Обеспеченность населения врачами и квалифицированным средним медицинским персоналом, а также койками в изучаемых сельских округах ниже, чем по РК, ЗКО и району.

Вследствие этого, жители обращаются за медицинской помощью в районный центр, что приводит к недостаткам в медицинской отчетности и регистрации заболеваний.

Таким образом, для улучшения ПМСП населению региона КНГКМ необходимо обеспечение медицинскими кадрами, медицинским оборудованием, необходимыми и доступными медикаментами, проведение ежегодных комплексных медицинских осмотров. Решение данных проблем позволит эффективно проводить медико-организационные и профилактические мероприятия в регионе.

Литература:

1. Тулебаев Р.К., Слажнева Т.И., Кенесариев У.И., Белоног А.А., Корчевский А.А. Оценка гигиенических рисков в промышленных регионах Республики Казахстан. – Алматы: Искандер, 2004. – 374 с.
2. Тульчинский Т.Х., Вараваикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим: Amutah for edication and Health. 1999. 1049 с.

УДК 614.73:574

ПИТЬЕВАЯ ВОДА КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА «АЗГЫР»

А.М. Оразымбетова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы
Кафедра общей гигиены и экологии

Тұжырым

АУЫЗ СУЫ – «АЗГЫР» ЯДРОЛЫҚ ЖАРЫЛЫСТАРДЫ ӨТКІЗЕТІН АЙМАҚТАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ҚАУІП ФАКТОРЫНЫҢ БІРІ

А.М. Оразымбетова

Атырау облысының Құрманғазы ауданында орналасқан «Азгыр» полигонында көптеген ядролық «бейбітшілік» жарылыстарды өткізу салдарынан топырақтың, су көздерінің және шахталы құбырлардың, кейбір өсімдік және жануар тектес азық-түліктердің радионуклидтермен және ауыр металдармен ластануына гигиеналық баға берілді. Полигон аймағындағы тұрғындардың денсаулық жағдайы жөнінде мәліметтер келтірілген.

Summary

DRINKING WATER AS A RISK FACTOR FOR PUBLIC HEALTH IN THE REGION NUCLEAR SITE "AZGYR"

А.М. Оразымбетова

The hygienic estimation of pollution of ground, water of water sources and shaft well, some food stuff of vegetative and animal origin in region of carrying out of numerous "peace" nuclear explosions in territory of Kurmangazy area of Atyrau region, on polygon «Azgyr» by radioactive nuclide and heavy metals is given. Data of the health population of polygon region are cited.

Среди основополагающих факторов, формирующих здоровье населения, факторы окружающей среды занимают значительное место. Согласно Концепции экологической безопасности до 2015 года, наиболее острыми экологическими проблемами Республики Казахстан, наряду с другими, являются проблемы, связанные с техногенным загрязнением водоисточников. Даже, если население не пьет загрязненную воду, а только использует ее для приготовления пищи, водопоя скота и полива растений, это может отразиться на здоровье не только нынешнего, но и последующих поколений. [1,2 и др.].

О последствиях для окружающей среды ядерных испытаний свидетельствует ряд исследований, многие из которых в основном касаются регионов испытательных ядерных и ракетно-ядерных полигонов. Однако к потенциальным источникам загрязнения окружающей среды можно отнести и, так называемые, «мирные» ядерные взрывы (МЯВ), которые проводились с различной целью: сейсмического зондирования (1/3 всех МЯВ), создания емкостей-хранилищ газового конденсата, интенсификации добычи нефти и газа и др. Известно, что Казахстан занимает второе место после России по числу проведенных МЯВ [3]. Всего на территории РК было осуществлено 39 таких взрывов, причем 17 из них – на полигоне «Азгыр», находящимся на западе Казахстана – в Курмангазинском районе Атырауской области.

Учитывая вышеизложенное, нами была проведена гигиеническая оценка качества воды поверхностных и подземных водоисточников в регионе полигона «Азгыр» как на территории атомных площадок, так и близлежащих сельских населенных пунктов указанного района. Контролем был выбран п. Ганюшкино, находящийся на расстоянии около 200 км от полигона. Следует отметить, что на момент исследований территории атомных площадок не имели ограждений и были, легко, доступны как для людей, так и для домашних животных (коров). Кроме того, установлено, что некоторые полости, образовавшиеся после взрывов, использовались для захоронения радиоактивных отходов, загрязненного цезием - 137 и стронцием - 90, а также различного металлолома.

Вследствие этого нами были исследованы на содержание радионуклидов и тяжелых металлов вода

поверхностных и подземных водоисточников. Всего нами проанализировано проб воды поверхностных водоемов на содержание тяжелых металлов – 286, неорганических соединений – 125, радионуклидов – 120 и сделано более 4,5 тыс. элементоопределений; проб воды подземных источников (из скважин), соответственно - 105, 75 и 85 (более 2,5 тыс. элементоопределений); проб воды децентрализованных источников (шахтные колодцы), соответственно - 350, 175 и 150 (около 5,0 тыс. элементоопределений).

Нами установлено, что вода поверхностных водоемов региона полигона «Азгыр» по некоторым органолептическим и санитарно-химическим показателям не соответствует гигиеническим нормативам: цветность была выше нормы в 1,1-1,6 раза, мутность – в 2,5-3,5 раза, общая жесткость - в 1,05-6,3 раза, содержание хлоридов - от 1,3 ПДК до 6,8 ПДК, а в воде «атомного» озера вблизи площадок А-7 и А-9 – от 64,15 до 149,8 ПДК. В контрольных пробах эти показатели были в пределах нормы.

Далее исследование воды и донных отложений поверхностных водоемов на содержание тяжелых металлов выявило, что в воде водоисточников региона полигона концентрации железа достигли от 1,2 ПДК до 4,3 ПДК; свинца – до 3,0 ПДК, а в контрольной пробе были в пределах ПДК. В донных отложениях водоемов региона полигона по сравнению с контрольным забором отмечено превышение содержания марганца в 37 раз, кобальта – 12 раз и свинца – в 240. А, как известно, донные отложения четко фиксируют многолетнее загрязнение водных систем, характеризуются более контрастными аномалиями и более четко выявляют ассоциации химических элементов и их структуру.

Согласно интегральной оценке загрязнения воды водоисточников региона полигона «Азгыр» установлено, что комплексный показатель по санитарно-химическим ингредиентам варьирует от 16,8 до 36,5, что характеризует качество воды региона полигона, как высокой и очень высокой степени загрязнения, а в контрольном - п. Ганюшкино вода реки Шароновка характеризовалась, как слабой степени загрязнения. Степень загрязнения воды поверхностных водоемов тяжелыми

металлами (свинец, кадмий, кобальт, железо, медь, никель) в районе атомных площадок оценивалась как слабая, а в контрольном п. Ганюшкино - допустимая. Оценка качества питьевой воды децентрализованных источников выявила увеличение жесткости воды по сравнению с нормативом от 1,1 до 6,3 раза, нитритов - от 15 до 250 ПДК, хлоридов - от 1,2 до 8,6 ПДК, железа - от 2,5 до 2,8 ПДК, солей аммония - в 6,0 раз, магния - от 1,5 до 6,8 ПДК. В то же время в контрольном пункте превышение нормативных данных было только по нитратам и железу, соответственно в 10,0 и 1,4 раза. Изучение качества питьевой воды на содержание тяжелых металлов показало, что в ряде проб содержание кадмия достигало до 3,0 ПДК - 9,8 ПДК, а свинец присутствовал в питьевой воде всех населенных пунктов региона полигона «Азгыр» выше допустимого значения: от 3,3 ПДК (п.Азгыр -1,5 км от А-1) до 6,3 ПДК (п.Суюндук - 40 км к ЮЗ от пл. А-2). В воде колодцев контрольного поселка эти тяжелые металлы или отсутствовали, или их концентрации были значительно ниже ПДК.

По интегральному показателю в регионе полигона «Азгыр» степень загрязнения воды шахтных колодцев оценивалась от «слабой» - 1,9 (п.Балкудук) до «высокой» (п. Батырбек) - 15,3, тогда как в контрольном населенном пункте - «допустимая» (0,74), а по тяжелым металлам качество воды населенных пунктов региона полигона характеризовалась от «слабой» (1,9 - 2,3) до «умеренной» (4,0) степени загрязнения, а в контрольном п. Ганюшкино - «допустимая» (0,16).

В то же время выявлено, что активность донных осадков по α -излучателям колебалась от 130,0 Ки до $1,5 \times 10^3$ Ки, а по β -излучателям - от $3,3 \times 10^3$ Ки до $3,7 \times 10^4$ Ки. Анализ радионуклидного состава донных отложений озера вблизи площадки А-9 показал, что в них присутствовали Cs-137- $3 \pm 0,01$ Бк/кг и Co-60 - $10 \pm 0,01$ Бк/кг, тогда как в контрольном водоеме они отсутствовали. В питьевой воде колодцев региона полигона «Азгыр» установлено превышение нормативов по суммарным показателям (α - и β -активности) в 1,3 - 141,0 раза, тогда как а в контроле они отмечены в пределах нормы. Относительно же контрольной пробы эти показатели превышала соответственно в 7,0 - 141,0 и 1,25 - 16,25 раза.

Анализ качества воды колодцев на содержание антропогенных радионуклидов выявил, что если в поселках вблизи полигона «Азгыр» цезий-137 и стронций - 90 были установлены в количествах значительно ниже ДУА (0,04Бк/л и менее), а также на пределе чувствительности метода, то в питьевой воде п.Ганюшкино они

не были обнаружены. Однако в донных отложениях колодцев региона полигона «Азгыр» были обнаружены Cs-137 ($8,0 \pm 0,01$ Бк/кг - $18,0 \pm 0,02$ Бк/кг) и Co-60 ($4,0 \pm 0,01$ Бк/кг - $7,0 \pm 0,01$ Бк/кг), что не безопасно для качества питьевой воды этих источников.

Несомненно, загрязнение питьевой воды в регионе полигона «Азгыр» техногенными радионуклидами, тяжелыми металлами различных классов опасности может оказывать неблагоприятное комбинированное и сочетанное воздействие на организм человека, прямое и опосредованное, т.е. через воду и продукты питания растительного и животного происхождения, и способствовать ухудшению состояния здоровья жителей близлежащих населенных пунктов, что подтверждается нашими исследованиями.

Изучение здоровья населения региона полигона «Азгыр» по результатам углубленных медицинских осмотров выявило высокий уровень заболеваемости: от 3131,8‰ (п.Азгыр) до 4256,8‰ (п. Балкудук), что выше контрольных показателей в 1,5-3,5 раза. Наиболее распространенными были болезни органов пищеварения, мочеполовой системы, болезни глаз и его придатков, болезни системы кровообращения и органов дыхания, эндокринных болезней, расстройств питания и обмена веществ, болезней крови и кроветворных органов, новообразований, врожденных пороков и деформаций.

Таким образом, в результате многолетнего функционирования полигона «Азгыр» на территории Курмангазинского района Атырауской области, а также дальнейшего использования полостей, образовавшихся после ядерных взрывов, для захоронения технических отходов, произошло чрезмерное загрязнение основных объектов окружающей среды техногенными радионуклидами, тяжелыми металлами. Данная ситуация неблагоприятно отразилась на состоянии здоровья сельского населения, проживающего вблизи полигона, что требует принятия неотложных мер организационного, санитарно-гигиенического, медико-профилактического характера.

Литература:

1. Киргизбаева А.А. Гигиеническая оценка качества почвы Семипалатского испытательного ядерного полигона // Автореф. канд.б.наук, Алматы, - 2006, - 57 с.
2. Муминов Т.А., Кенесариев У.И., Бекмагамбетова Ж.Д. Туберкулез в регионе влияния ракетно-ядерного полигона. - Алматы. - 2002. -328с.
3. Василенко О.И. Радиационная экология. - М.: Медицина, 2004. - 215 с.

УДК 614.777(574.42)

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ВОДЫ ИСТОЧНИКОВ ХОЗЯЙСТВЕННО-ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ

**Т.К. Ерубаев, С.Т. Базарханова, Г.О. Агажаева, Х.Ж. Илюбаев,
Ш.Т. Кашкимбаева, К.А. Мукамбетжанова, А.К. Ускабаева**

Департамент КГСЭН МЗРК по ВКО, г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье отражены основные направления и проблемы в ходе гигиенической оценки обеспечения населения Восточно-Казахстанской области безопасной питьевой водой.

Тұжырым
ШАРУАШЫЛЫҚ АУЫЗ СУЛЫҚ СУМЕН ҚАМТУ КӨЗДЕРІНДЕГІ ЖӘНЕ ТАРАТУ
ЖЕЛІЛЕРІНДЕГІ СУ ҚАУІПСІЗДІГІНІҢ ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАСЫ
Т.К. Ерубайев, С.Т. Базарханова, Г.О. Агажаева, Х.Ж. Илюбаев,
Ш.Т. Кашкимбаева, К.А. Мукаметжанова, А.К. Ускабаева

Мақалада Шығыс Қазақстан облысы халқының қауіпсіз ауыз сумен қамтамасыз етілуін гигиеналық бағалау барысындағы мәселелер мен негізгі бағыттар көрсетілген.

Summary
HYGIENIC ESTIMATION OF SAFETY OF WATER OF SOURCES
OF ECONOMIC-DRINKING WATER SUPPLY AND IN A DISTRIBUTIVE NETWORK
T.K. Yerubayev, S.T. Bazarkhanova, G.O. Agazhayeva, H.Zh. Ilyubayev,
Sh.T. Kashkimbayeva, K.A. Mukametzhanova, A.K. Uskabayeva

In article the basic directions and problems are reflected during a hygienic estimation of maintenance of the population of the East Kazakhstan area by safe potable water.

Одной из важных составляющих в системе жизнеобеспечения населения и объектов экономики Восточно-Казахстанской области (ВКО) является стабильная и надежная работа системы водоснабжения и водоотведения, которая обусловлена следующими важными факторами:

- ВКО находится на стыке границ Китая, Монголии, России, расположена на международном перекрестке, с большими транзитными потоками населения, товаров и грузов, поступающих из сопредельных стран;

- природа наделила территорию Восточного Казахстана, куда входят центральная и южная часть Алтая, широким спектром природных ландшафтов: пустыни, степи, тайга, вечные ледники, горы;

- на территории области имеется около 3000 различных водоемов, озер и рек, самая большая река Иртыш с бурными, полноводными притоками: Бухтарма, Уба, Курчум, Ульба. На Иртыше находится 3 ГЭС: Усть-Каменогорская, Бухтарминская, Шульбинская, которые образуют глубокие водохранилища.

- ВКО определена как территория II типа по эпидемиологическим проявлениям холеры. Природно-климатические и санитарные условия региона являются благоприятными для размножения, быстрого накопления и сохранения возбудителя холеры в воде поверхностных водоемов: обилие медленно текущих крупных и мелких рек, изменение pH и прогревание воды за счет высоких годовых и суточных летних амплитуд температур воздуха, интенсивное загрязнение поверхностных водоемов сточными хозяйственно-фекальными водами.

Действие вступивших в силу в 2008 г. Международных медико-санитарных правил – ММСП (2005 г.), распространяется на чрезвычайные ситуации в общественном здравоохранении, связанные, в том числе, с эпидемическими проявлениями холеры. Развитие такой ситуации на территории области может привести к закрытию экономически важных транспортных путей и явиться недопустимой угрозой для социально-экономического развития региона.

Первым ключевым звеном в характеристике водоснабжения является санитарное состояние водоисточника и водосборной территории. Именно от показателей, характеризующих исходное качество воды, во многом зависит последующая надежность системы водоснабжения в целом.

Для хозяйственно-питьевых нужд в области используется вода 181 открытых водоисточников, из них 43 водоема 1-ой категории и 210 водоемов 2-ой категории. 39 населенных пунктов или 0,5% населения (6880 человек) на 8 территориях области употребляют воду из водоемов, являющихся не безопасными водоисточниками.

Показатели воды водоемов по микробиологическим показателям остаются не стабильными, отмечается ухудшение качества воды водоемов 1 категории с 2,6% в 2007г. до 6,4% в 2011г.

Удельный вес не отвечающих проб по санитарно-химическим показателям в 2011 году составил 1,1% из водоемов 1 категории и 1,9% из водоемов 2-ой категории.

Бактериологические и санитарно-химические показатели	2007г.		2008г.		2009г.		2010г.		2011г.	
	1 кат.	2 кат.	1 кат.	2 кат.	1 кат.	2 кат.	1 кат.	2 кат.	1 кат.	2 кат.
ЛКП	2,6%	11,9%	5,6%	19,2%	4,1%	12%	4,6%	9,6%	6,4%	7,6%
Сан-хим.	4,1%	1,3%	3,8%	7%	4%	7,1%	1,8%	7,8%	1,1%	1,9%

25 тыс. человек или 1,8% используют воду из реки Иртыш через водозаборы с. Куйган Курчумского района, пос. Первомайский Шемонаихинского района, в городах Серебрянск и Курчатов.

Река Иртыш является одной из основных крупных трансграничных водных ресурсов Республики Казахстан, в связи с чем, испытывает интенсивную нагрузку от сбросов предприятия химической, нефтеперерабатывающей, машиностроительной отраслей промышленности, цветной металлургии и хозяйственно-бытовых сточных вод.

На комплексы городских очистных сооружений городов Усть-Каменогорск и Семей в течение года поступают до 80,3 млн. м³ хозяйственно - фекальных и производственных сточных вод. Существующие очистные сооружения в городах устаревшие, их капитальный ремонт не проводился.

Сточными водами только двух очистных сооружений города Семипалатинска в реку Иртыш сбрасывается 418,1 т соединений различных металлов. Наиболее сильное загрязнение этого водоема (на 28,1 – 32,02 %) происходит хромом, цинком, медью, стронцием, никелем.

Продолжают оказывать негативное влияние на состояние реки Иртыш не очищенные или недостаточно очищенные сточные воды от хозяйственно-фекальных очистных сооружений п. Первомайский Шемонаихинского района, г.Серебрянск Зырянского района и г.Верх-Березовский Глубоковского района и г.Курчатов.

Хозяйственно-бытовые и производственные сточные воды города Курчатова сбрасываются в р.Иртыш без биологической очистки. Очистные сооружения города устаревшие, функционируют с 50 годов, капитальный ремонт не проводился.

Сточные воды п. Верх-Березовский Глубоковского района сбрасываются в реку Иртыш не очищенные и не

обеззараженные. В результате чего, в 2008 году в пробе воды р. Иртыш в районе водозабора п. Первомайский Шемонаихинского района был обнаружен холерный вибрион *V.cholerae* 0-1 Эльтор. За счет своевременных санитарно-противоэпидемических мероприятий удалось не допустить вспышку и спорадические случаи заболевания холерой в районе.

Департаментом ежегодно осуществляется слежение за циркуляцией возбудителя холеры во внешней среде

(вода открытых водоемов, сточные воды по эпидемиологическим показателям).

В последние годы из объектов внешней среды были изолированы штаммы вибрионов поп 01/*V.cholerae* 0-1 Эльтор, в среднем удельный вес за 9 лет составил 1,5 от общего количества исследованных проб. Их циркуляция регистрируется ежегодно в период с мая по сентябрь, с наибольшей частотой их обнаружения в июле и августе.

Результаты эпидемиологического мониторинга холеры субъектов внешней среды с 2003 по 2011 годы в Восточно-Казахстанской области



В 2010 году на базе Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы проведены расширенные санитарно-гигиенические исследования качества воды реки Черный Иртыш и Бухтарминского водохранилища, где в воде и донных отложениях обнаружены стойкие органические загрязнители, такие как, производные ароматических соединений, продукты распада пестицидов, полихлорированные дифенилы и фураны (диоксины).

Загрязнение поверхностных вод промышленными и хозяйственно-бытовыми сточными водами являются причиной усиленного заиливания рек, оказывающее вредное влияние на состав донных осадков, составляющих с водной средой неразрывную часть экологической системы.

Промышленные сточные воды, содержат растворимые, нерастворимые и коллоидные вещества. Характер и концентрация загрязнений могут оказывать на состояние воды в водоемах самое разнообразное влияние.

Попадание в водоем сточных вод, содержащих суспензии, весьма неблагоприятно отражается на его состоянии. Осаждаясь, суспензии заиливают дно и задерживают развитие или полностью прекращают жизнедеятельность донных микроорганизмов, участвующих в процессе самоочищения вод. При гниении донных осадков могут образоваться вредные соединения и даже отравляющие вещества, такие, как сероводород, которые приводят к загрязнению всей воды в реке. Наличие суспензий затрудняет также проникновение света в глубь воды и задерживает процессы фотосинтеза в водных растениях, особенно в водорослях, которые под действием солнечного света образуют кислород, необходимый для окисления органических загрязнений.

Загрязнения, попадающие в сточные воды в растворимом состоянии, содержат большое количество минеральных и органических соединений. Многие из этих соединений оказывают вредное или отравляющее

действие на растительные и животные организмы, живущие в воде, и приводят к тому, что вода становится непригодной для употребления в коммунальном хозяйстве и промышленности.

Все более актуальной становится проблема загрязнения поверхностных вод органическими соединениями, неблагоприятно отражающееся на вкусовых качествах и запахе воды. Органические соединения с трудом поддаются разложению, замедляя в тоже время биологические процессы, имеющие решающее значение для самоочищения поверхностных вод.

В состав органических загрязнителей входят главным образом углерод, водород, кислород и азот. Окисление этих элементов обуславливают многие неблагоприятные ситуации, создающиеся в загрязненных реках и озерах.

При попадании органических веществ со сточными водами концентрация растворенного кислорода уменьшается. Это вызвано окислением органических веществ бактериями или простейшими. Естественное перемешивание воды с воздухом в принципе способно возместить удаленный кислород, однако это происходит не сразу.

Литература:

1. «Международные медико-санитарные правила», 58 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2005.
2. Материалы научного издания «Вопросы реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера» Круглого стола санитарно-эпидемиологических служб РФ и РК, проводимого в рамках VIII Форума межрегионального сотрудничества РФ и РК с участием глав государств (14 сентября 2011 г., Астрахань).
3. «Эпидемиология и инфекционные болезни», №2, 2011.

УДК 614.7(470.54)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ОЦЕНКИ РИСКА ПРИ ОБОСНОВАНИИ РАЗМЕРА САНИТАРНО-ЗАЩИТНОЙ ЗОНЫ КАРАЧАГАНАКСКОГО НЕФТЕГАЗОКОНДЕНСАТНОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ (КНГКМ)

У.И. Кенесариев, А.Т. Досмухаметов, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова

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

Тұжырым

ҚАУІП – ҚАТЕРДІ БАҒАЛАУ МЕТОДОЛОГИЯСЫНЫҢ СҚЗ
(ҚМГКК АЙМАҒЫНЫҢ МЫСАЛЫНДА) ОРНАТУЫНДА ҚОЛДАНЫЛУЫ
У.И. Кенесариев, А.Т. Досмухаметов, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова

Кілттік сөздер: атмосфералық ауа, санитарлы қорғау зонасы, қауіп-қатерін бағалау, канцерогенді емес қауіп-қатерлер.

Бұл мақалада Қарашығанақ мұнайгаз конденсат кен орнында өндірістердің санитарлық-қорғау зонасын бекітуінде, сол аймақтағы тұратын тұрғындар денсаулығына қауіп-қатерін бағалау жұмысының нәтижесі көрсетілуде.

Summary

**RISK ASSESSMENT METHODOLOGY APPLICATION TO THE GROUND OF SUFFICIENTNESS
OF SANITARY HYGIENIC ZONE SIZE (AN EXAMPLE OF REGION KOGCF)**

U. Kenesaryiev, A. Dosmukhametov, M. Amrin, A. Erzhanova

Key words: atmospheric air, sanitary hygienic zone, risk assessment, carcinogenic and non-carcinogenic risks.

In the article presented results of calculation risk assessment to the human health from enterprise emissions conducted with the purpose of ground offered by the project to sanitary-hygienic zone. However, risk for the human health, in the air emissions considered as acceptable on the territory keeping indoors outside of SHZ KOGCF.

Методология оценки риска является новым, относительно молодым, интенсивно развиваемым во всем мире междисциплинарным научным направлением [1,2].

Необходимость использования методологии оценки риска при обосновании достаточности размера СЗЗ нашла отражение в санитарном законодательстве Республики Казахстан (Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования по установлению санитарно-защитной зоны производственных объектов», утвержденные Приказом МЗ РК № 795, от 6 октября 2010 г.).

В связи с этим, впервые проводилась оценка риска здоровью населения, проживающего в регионе КНГКМ (Карачаганакское нефтегазоконденсатное месторождение) от содержания в атмосферном воздухе химических веществ в выбросах ТОО «КПО б.в.» (Карачаганак Петролеум Оперейтинг).

В работе проанализированы сведения по 51 веществу (в т.ч. 7 канцерогенов), содержащемуся в выбросах производственного комплекса ТОО «КПО б.в.». На предварительном этапе (скрининговой оценки) выявленные показатели индивидуальных канцерогенных рисков оказались менее 10^{-6} (ниже приемлемого уровня). Концентрации большинства неканцерогенных веществ были существенно ниже референтных (безопасных) уровней воздействия (величина коэффициента опасности (HQ) меньше 0,1). Поэтому для них не рассчитывались экспозиция и риски. Следовательно, в окончательный список приоритетных веществ включены 4 вещества - азота оксид, азота диоксид, серы диоксид и углерода оксид. Кроме того, для данных веществ характерен высокий удельный вес выбросов, который составил 87,4% от всего объема (таблица 1).

Таблица 1 - Приоритетные загрязнители региона КНГКМ.

№ п/п	Код	Наименование веществ	CAS	ПДВ, т/год	ПДКсс	Референтная концентрация	Индекс сравнительной опасности, HRI	Ранг по неканцерогенному действию
1.	0330	Серы диоксид	7446-09-5	9857,43	0,05	0,05	985742,5	1
2.	0301	Азота диоксид	10102-44-0	2340,84	0,04	0,04	234084,1	2
3.	0304	Азот оксид	10102-43-9	403,2	0,06	0,06	40319,97	3
4.	0337	Углерод оксид	630-08-0	3070,01	3	3	3070,01	4

На этапе оценки зависимости «доза/концентрация – ответ» установлено, что выявленные приоритетные загрязнители (оксиды азота и диоксид серы) обладают способностью вызывать неблагоприятные эффекты со стороны органов дыхания, а окись углерода вызывает заболевания сердечно-сосудистой системы.

При расчете экспозиции установлено, что максимальные и среднегодовые концентрации в воздухе региона, из расчета модели рассеивания, не представляли опасности для здоровья жителей 10-ти близлежащих к месторождению населенных пунктов.

На заключительном этапе (характеристика риска) рассчитаны неканцерогенные риски, так как выявлен-

ные приоритеты не обладали канцерогенными свойствами. При этом установлено, что коэффициенты опасности развития неканцерогенных эффектов при хроническом воздействии приоритетных веществ не превышали даже 0,1 (таблица 2), за пределами промышленных площадок. Следовательно, хронический ингаляционный риск от всех приоритетов рассматривался как пренебрежимо малый. В условиях острых воздействий изучаемых веществ риск вредных эффектов был выше минимального уровня, о чем свидетельствуют данные индекса опасности (таблица 2), но они были ниже безопасного уровня воздействия ($\leq 1,0$).

Таблица 2 – Характеристика неканцерогенного ингаляционного риска (HQ) в регионе КНГКМ.

Характеристика неканцерогенных рисков	Расчеты коэффициента опасности химических веществ, HQ				Индекс опасности HI по направленности действия на органы дыхания (сумма значений 2,3,4 столбцов)
	Азота диоксид (NO ₂)	Азота оксид (NO)	Серы диоксид (SO ₂)	Оксид углерода (CO)	
1	2	3	4	5	6
Хронический ингаляционный риск	0,02	0,002	0,075	0,0005	0,1
Острый ингаляционный риск	0,25	0,0056	0,1	0,0003	0,36
Регламент	HQ ≤1,0				

В целом, риск для здоровья населения от воздействия вредных химических веществ оценен как приемлемый на всей территории, не выходящей за пределы расчетной СЗЗ КНГКМ, что не требовало принятия управленческих решений по снижению рисков на исследуемой территории.

Литература:

1. WHO. Quantification of the Health Effects of Exposure to Air Pollution. // Report of WHO Working Group. – Bethoven., 2000.

2. Онищенко Г.Г., Новиков С.М., Рахманин Ю.А., Авалиани С.Л., Буштуева К.А. Основы оценки риска для здоровья при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. – М., 2002.-408с.

УДК 614.4 (574.42)

РОЛЬ ТРЕНИРОВОЧНЫХ УЧЕНИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ГОТОВНОСТИ СЛУЖБ НА СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА КАРАНТИННЫЕ И ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.О. Агажаева

ДКГСЭН МЗРК по ВКО, г. Усть-Каменогорск

Резюме

Готовность на случай чрезвычайных ситуаций, в том числе биологического характера является одной из главных задач всех служб. Проведение тренировочных учений является одной из результативных систем подготовки лечебно-профилактических организаций и санитарно-эпидемиологической службы для обеспечения готовности на случай выявления карантинных и особо опасных инфекций.

Тұжырым

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА КАРАНТИНДІК ЖӘНЕ АСА ҚАУІПТІ ЖҰҚПАЛАРҒА КҮДІКТІ АУРУЛАРДЫ АНЫҚТАУҒА ҚЫЗМЕТТЕРДІҢ ДАЙЫНДЫҒЫН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕ ЖАТТЫҒУ САБАҚТАРЫНЫҢ РӨЛІ

Г.О. Агажаева

Төтенше жағдайларға, оның ішінде биологиялық сипатты жағдайларға дайын болу барлық қызметтердің басты міндеттерінің бірі болып табылады. Жаттығу сабақтарын жүргізу карантиндік және аса қауіпті жұқпаларды анықтауға емдеу-алдын-алу ұйымдары мен санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің дайындаудың нәтижелі жүйесінің бірі болып табылады.

Summary

THE ROLE OF TRAINING EXERCISES IN PREPARATION OF SERVICE IN CASE OF IDENTIFYING THE PATIENT WITH SUSPECTED QUARANTINE AND EXTREMELY DANGEROUS INFECTION IN EAST KAZAKHSTAN REGION

G.O. Agazhayeva

Emergency preparedness, including biological nature is one of the main tasks of all of the services. The holding of training exercises is one of the successful training of medical and sanitary-epidemiological service for preparedness detection and quarantine of especially dangerous infections.

Формируется довольно устойчивая система противодействия чрезвычайным ситуациям (ЧС) санитарно-эпидемиологического характера, включающая силы (органы и учреждения здравоохранения санитарно-эпидемиологического и лечебно-профилактического профиля), действующие по территориальному принципу в странах при осуществлении эпидемиологического надзора в соответствии с приложением 2 ММСП (2005г.) на местном (общинном), промежуточном (региональном) и национальным (страновом) уровнях и силы противоэпидемической направленности экстротерриториального назначения. Уровень ответных мер на ЧС этого тандема должен соответствовать требованиям ММСП и стратегии ВОЗ по их реализации.

Все современные угрозы биологического и токсинного происхождения, в том числе и вероятные агенты биотеррористической агрессии, прописаны в ММСП (2005г.), где даются алгоритм верификации ЧС в области общественного здравоохранения, имеющих международное значение. Этот алгоритм, прежде всего, необходим в случаях раннего распознавания начала пандемии высокопатогенного гриппа и других новых (неизвестных) инфекционных болезней с тяжелыми, трудно прогнозируемыми социально-экономическими последствиями для международного сообщества. (1)

Одним из приоритетных направлений в осуществлении санитарно-эпидемиологического надзора является готовность медицинских служб (МС) на случай выявления особо опасных, карантинных инфекций (ООКИ), в

том числе как один из ключевых моментов в комплексе скоординированных действий системы здравоохранения в условиях пандемии гриппа

Готовность (ВОЗ) - знания и потенциал государственных структур, профессиональных организаций, занимающихся реагированием и восстановлением, сообществ и отдельных лиц, которые помогают предвидеть, реагировать и ликвидировать последствия вероятных, неизбежных или уже имеющих место опасных событий или условий.

Готовность МС состоит из комплекса организационных, санитарно-гигиенических, противозидемических, лечебно-профилактических, экономических, технических и иных мероприятий.

При планировании работы в условиях ЧС руководитель ЛПО должен решить следующие задачи: непрерывность оказания основных услуг, хорошо скоординированное осуществление больничных функций на всех уровнях; четкие и точные внутренние и внешние коммуникации; быстрая адаптация к возрастающим потребностям; эффективное использование ограниченных ресурсов; создание безопасных условий для медицинских работников.

ДКГСЭН МЗРК по ВКО разработан и утвержден Акимом области «Комплексный план противозидемических мероприятий по санитарной охране территорий области от завоза и распространения карантинных инфекций и контагиозных вирусных геморрагических лихорадок на 2011-2015годы». Планом предусмотрены мероприятия на случай возникновения ООКИ, включая вопросы биотерроризма, разрабатываемые, исходя из местных условий.

Одним из критериев готовности медицинских и санитарно-эпидемиологических служб на случай выявления карантинных и особо опасных инфекций является уровень знаний и практических навыков медицинских работников, подготовка которых требует проведения систематической и поэтапной работы.

С 2004 года в области по предложению специалистов Талдыкорганской противочумной станции, внедрена трехэтапная система подготовки медицинских работников.

Для приобретения необходимых навыков работы в очаге карантинных инфекций необходима хорошая теоретическая подготовка и умение использовать знания в практике.

Наиболее эффективным методом практической учебы являются учения, обеспечивающие результативную готовность. Учения необходимы для тренировки механизмов координации и управления ресурсами; для продвижения механизмов сотрудничества между основными заинтересованными сторонами (системами управления ЧС больниц; службами спасения, полицией и т.д.). Учения никогда не должны проводиться как дополнительные или вспомогательные мероприятия просто для того, чтобы выполнить определенные административные требования и должны быть организованы с высоким уровнем профессионализма.

По целевому назначению учения могут быть: тренировочными, учебно-показательными, опытными (исследовательскими), контрольными.

Тренировочное учение имеет цель обучить заинтересованных лиц проводить комплекс организационных и противозидемических мероприятий в условном очаге инфекций. *Учебно-показное учение* имеет цель продемонстрировать наиболее целесообразные действия функциональных подразделений в очаге. *Опытное (исследовательское) учение* организуется с целью изучения и обоснования отдельных принципов, приемов и методов работы в очаге инфекции, обработки конкрет-

ных проблемных вопросов. *Контрольное учение* проводится санитарной службой для проверки состояния готовности служб.

Рекомендуется придерживаться следующей периодичности проведения учений: учебно-показательное - 1 раз в 5 лет, тренировочное для каждого учреждения - 1 раз в год, контрольное учение - 1 раз в 2 года, опытное по плану. Кроме того существуют: тактико-социальные учения (ТСУ), командно-штабные учения (КШУ), объектовая тренировка (ОТ), комплексные учения (КУ), кустовые учения и др.

Так, в 2007 году в области проводилось КШУ в Глубоковском районе по отработке мероприятий на случай выявления птичьего гриппа на птицефабрике, где были задействованы все заинтересованные службы области (ветеринарная, медицинская, санитарно-эпидемиологическая, акиматы и др.).

Из 19 административных территорий области (районов и городов) ежегодно проводится выборка территорий, на которых проводятся трехэтапные (каждый этап - один год) тренировочные учения. Использовались разные по целевому назначению учения. Так с 2005 года выбрали приграничные территории: Урджарский, Зайсанский, Бородулихинский районы. Затем ежегодно присоединяли по 2 района. На 2012 год задействованы 17 районов и городов области.

Первый этап. В первый год в районе (городе) оценивается реальное состояние готовности каждого учреждения в материальном, теоретическом и практическом планах. Для этого проверяются как можно больше лечебно-профилактических организаций (ЛПО), в каждом из которых устраняются те недостатки, которые можно ликвидировать тотчас и даются предложения по устранению замечаний. Просматриваются оперативные планы мероприятий, документация и материально-техническое обеспечение. Также проводится проверка знаний и практических навыков у медицинских работников. Параллельно вводится условный больной по заранее разработанной «легенде», даются подробные комментарии к каждому фрагменту действий, участвующих лиц, заостряя внимание на ошибках, просматриваются функциональные обязанности.

На данном этапе получаем представление о реальной готовности медицинской службы, проводим показательное тренировочное учение и завершаем работу разбор-семинаром проведенного учения с выработкой предложений.

Второй этап. Проводим то же, что и в первом этапе. Учитываем, что грубых недочетов не должно быть. Отрабатываются все детали. Привлекаются руководители служб, учение проводится по сценарию (по типу командно-штабных учений). По окончании учения проводится разбор, семинар, ставятся задачи к подготовке третьего этапа.

Третий этап. Предполагает внезапную проверку (любое время, любой день, любое место) с вводом условного больного карантинной инфекцией, с последующей оценкой проведенных мероприятий.

На всех этапах проводится тестирование знаний медицинских работников на знание нормативных документов, клиники, эпидемиологии карантинных инфекций и особо опасных инфекций, результаты просматриваются в динамике.

Территориальными санитарно-эпидемиологическими службами области проводится контроль готовности учреждений к работе на случай возникновения карантинных инфекций с использованием стандартизированных показателей (по сто бальной системе), результаты которого по итогам 2011 года выглядят следующим образом:

ЛПУ-99,8, УГСЭН-100, СКП-100 баллов (2004г. соответственно 90; 95; 94 баллов). Один из сподвижников улучшения данных - проведение тренировочных учений.

На основании проведенных тренировочных учений специалистами ДКГСЭН МЗРК по ВКО для эпидемиологов области было разработано методическое письмо «О составлении комплексных и оперативных планов по санитарной охране границ».

Ежегодно в области проводятся по 5-6 региональных тренировочных учений, каждый из которых находится на своем этапе. Тренировочные учения дают возможность реально оценить и улучшить готовность служб на случай карантинных и особо опасных инфекций, выявить проблемы, усовершенствовать действия медицинских работников в очаге инфекционных заболеваний. На тренировочных занятиях проводится также работа по ознакомлению с новыми нормативными документами и ситуацией в мире по разным нозологиям карантинных и особо опасных инфекций. Затрагиваются актуальные вопросы эпидемиологии инфекционных болезней.

Достаточно просмотра на первых и вторых этапах 4-5 лечебно-профилактических учреждений, как определяются степень подготовки служб. Отмечена зависимость подготовки медицинских организаций от компетенции

территориальных эпидемиологов, чем она выше, тем лучше подготовка.

Выводы

Проведение тренировочных учений является одной из результативных систем подготовки лечебно-профилактических организаций и санитарно-эпидемиологической службы обеспечения готовности служб на случай выявления карантинных и особо опасных инфекций.

Литература:

1. «Контрольный вопросник для оценки готовности больниц к чрезвычайным ситуациям», пособие на случай любых угроз для администраторов больниц и ответственных за действия в чрезвычайных ситуациях, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.
2. Материалы Круглого стола санитарно-эпидемиологических служб РФ и РК «Вопросы реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера» Астрахань, 2011.
3. К.С. Оспанов «Санитарная охрана территории Казахстана» 2010.
4. А.М. Айкимбаев «Основы биологической безопасности», 2010.

УДК 614.66-314:623

УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ КАРАЧАГАНАКСКОГО НЕФТЕГАЗОКОНДЕНСАТНОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ

У.И. Кенесариев, А.Е. Ержанова, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов, Д.У. Кенесары

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

ТҰЖЫРЫМ

ҚАРАШЫҒАНАҚ МҰНАЙГАЗКОНДЕНСАТ КЕН ОРНЫ АЙМАҒЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІ МЕН ҚҰРЫЛЫМЫ

У.И. Кенесариев, А.Е. Ержанова, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов, Д.У. Кенесары

ҚМГККО аймағындағы тұрғындардың сырқаттанушылығының құрамында тыныс алу органдарының, қан айналым жүйесінің, қан және қан түзілу органдарының аурулары жиі кездеседі. Бірақ осы аурулардың өлшемдері республикалық, Батыс Қазақстан облысының, Бөрлі ауданының және Александровка бақылау елді мекенінің көрсеткіштерінен төмен.

Summary

LEVEL AND STRUCTURE OF POPULATION MORBIDITY IN THE REGION OF KARACHAGANAK OIL AND GAS CONDENSATE FIELD

U. Kenesaryev, A. Erzhanova, M. Amrin, A. Dosmukhametov, D. Kenesary

Study of population morbidity showed, that mostly in the region of KOGCF there illnesses of breathing organs, circulation system of blood, blood, hematogenesis organs, however these indexes considerably below than in a republic, WKO, Burlinsk district and control point settlement Aleksandrovka.

Во многих промышленных регионах Республики Казахстан, где окружающая среда загрязнена выбросами промышленных предприятий, сохранение здоровья является вопросом первостепенной важности [1, 2]. Одним из таких регионов является Карачаганакское нефтегазоконденсатное месторождение (КНГКМ). Поэтому целью нашего исследования явилось изучение заболеваемости населения сельских округов (с.о.) региона нефтегазоконденсатного месторождения.

За изучаемый период заболеваемость населения в большинстве населенных пунктов не имеет четкой тенденции к росту или снижению. При этом, первичная заболеваемость болезнями органов дыхания за изучаемый период (2008-2010 гг.) в Березовском, Приуральном, Жарсуатском, Успенском и Кызылталском с.о. и г.

Ақсай была ниже, чем по республике, Западно-Казахстанской области (ЗКО) и контрольном п.Александровка. Исключение составляет 2010 г., когда по первичной заболеваемости органов дыхания лидировал Успенский с.о.

За анализируемый период по первичной заболеваемости болезнями органов дыхания у взрослых показатели в изучаемых сельских округах были ниже республиканских. А первичная заболеваемость болезнями органов дыхания среди подростков ниже, чем в п. Александровка (за исключением 2010г., где максимальный показатель отмечен в Успенском сельском округе). В Березовском, Приуральном, Жарсуатском, Успенском и Кызылталском сельских округах и г. Ақсай уровень заболеваемости детского населения в 2010 г. оказался ниже по сравнению с

Успенским с.о., Бурлинским районом, Западно-Казахстанской области, Республики Казахстан и п. Александровка.

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения в изучаемых населенных пунктах ниже, чем по области и республике. Тенденция к снижению в 2008-2010 гг. первичных заболеваний системы кровообращения наблюдается в Бурлинском районе, в Приуральном с.о., селе Александровка. Тенденция к увеличению первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения у подростков отмечена по Бурлинскому району в целом, по Березовскому с.о., по Жарсуатскому с.о. Уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения среди взрослых по Березовскому, Приуральному, Жарсуатскому и Успенскому сельским округам был ниже, чем по Кызылталскому с.о., Западно-Казахстанской области и Республики Казахстан. Среди детей тенденция к снижению заболеваемости отмечается по Западно-Казахстанской области в целом и по г. Аксай.

Кроме того, первичная заболеваемость новообразованиями за 2008-2010 гг. в Березовском, Приуральном, Жарсуатском, Успенском и Кызылталском сельских округах была значительно ниже, чем по г. Аксай, Бурлинскому району, Западно-Казахстанской области, Республики Казахстан. В показателях первичной заболеваемости новообразованиями нет четкой тенденции к уменьшению или увеличению показателей, как в изучаемых населенных пунктах, так и по республике, области и району.

Тенденция к снижению первичной заболеваемости болезнями крови, кроветворных органов и нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, отмечена у всего населения по Березовскому и Успенскому сельским округам, в п. Александровка, в городе Аксай, по ЗКО, Бурлинскому району и в целом по республике. Первичная заболеваемость среди детского населения в п. Березовка в 2010 г. по сравнению с 2008 г. снизилась в 1,5 раза. Данные по РК, ЗКО и Бурлинскому району значительно колеблются, наибольший рост показателя отмечен в 2008 и 2010 гг. у взрослых. Среди болезней данного класса болезней в подавляющем большинстве у населения регистрируются железодефицитные анемии.

Таким образом, проведенный нами анализ показал, что уровень показателей первичной заболеваемости в населенных пунктах (Березовском, Приуральном, Жарсуатском, Успенском и Кызылталском сельских округах) значительно ниже, чем по республике, ЗКО, Бурлинскому району и контрольному п. Александровка.

Литература:

1. Кенесариев У.И., Жакашов Н.Ж. Экология и здоровье населения: Учебник для медицинских ВУЗов и колледжей. Алматы. - 2002. - 260 с.
2. Тулебаев Р.К., Слажнева Т.И., Кенесариев У.И., Белоног А.А., Корчевский А.А. Оценка гигиенических рисков в промышленных регионах Республики Казахстан. - Алматы: Искандер, - 2004. - 374 с.

УДК 614:314:623.454.8

ОЦЕНКА ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕГИОНЕ КАРАЧАГАНАКСКОГО НЕФТЕГАЗОКОНДЕНСАТНОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ

У.И. Кенесариев, Д.У. Кенесары, А.Е. Ержанова, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов

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

Тұжырым

ҚАРАШЫҒАНАҚ МҰНАЙГАЗКОНДЕНСАТ КЕН ОРНЫ АЙМАҒЫНДА ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫ БАҒАЛАУ

У.И. Кенесариев, Д.У. Кенесары, А.Е. Ержанова, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов

Демографиялық көрсеткіштерді бағалауда 2008-2010 жылдар аралығында зерттелуге алынған елді мекендердің басым көпшілігінде тұрғындардың туу коэффициенттері жоғарылағаны анықталды, ал өлім көрсеткіштері барлық ауылдық округтарда төмендеді.

Summary

ESTIMATION OF DEMOGRAPHIC SITUATION IN THE KARACHAGANAK OIL AND GAS CONDENSATE FIELD

U. Kenesaryev, D. Kenesary, A. Erzhanova, M. Amrin, A. Dosmukhametov

At the study of demographic indicators educed, that in a period from 2008 to 2010 the birth rate of population grew in the most studied settlements, the indexes of death rate had gone down on all studied rural regions.

Негативным последствием интенсификации нефтегазодобычи является загрязнение окружающей среды, что негативно отражается на здоровье людей [1, 2]. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение основных демографических показателей близлежащих населенных пунктов региона нефтегазоконденсатного месторождения.

В результате проведенных исследований установлено, что за период с 2008 по 2010 гг. рождаемость населения в большинстве изучаемых сельских округов (с.о.) выросла: в Березовском с.о. – на 11,1% (с 13,9 до 15,44 рождений на 1000 населения), в Приуральном с.о. – в 1,9 раза (с 11,48 до 21,99‰), в Жарсуатском с.о. – в 1,2 раза (с 12,43 до

14,88‰), в Успенском с.о. – в 1,35 раза (с 9,9 до 13,36‰) и в п. Александровка – в 1,5 раза (с 7,3 до 10,94‰). В то же время по Кызылталскому с.о. и г. Аксай отмечена отрицательная динамика – снижение на 22,19% (с 28,98 до 22,55‰) и 2,78% (с 20,18 до 19,61‰), соответственно. По Западно-Казахстанской области (ЗКО) и Бурлинскому району отмечается рост рождаемости – соответственно на 4,57 (с 18,8 до 19,66‰) и 8,86% (с 17,26 до 18,79‰), тогда как по РК – она несколько снизилась 0,92% (с 22,75 до 22,54‰). В целом показатели рождаемости населения в 2010 г. были наиболее высоки в Приуральном (21,99‰) и Кызылталском (22,98‰) сельских округах, а наиболее низки – в п. Александровка (рисунок 1).

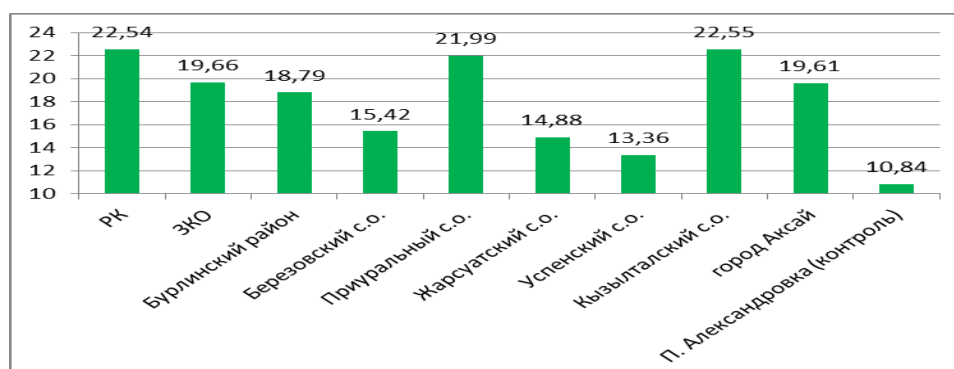


Рисунок 1 – Показатели рождаемости в регионе КНГКМ в 2010 году (на 1000 населения)

В то же время, за период с 2008 по 2010 гг. показатели смертности по всем изучаемым сельским округам снизились: в Березовском с.о. (в 1,8 раза, или с 16,42 до 8,9‰), в Приуральном с.о. (в 1,96 раза, или с 15,78 до 8,06 случая смерти на 1000 населения), в Жарсуатском с.о. (в 1,6 раза, или с 15,54 до 9,7‰), Успенском с.о. (6,6%, с 10,73 до 10,02‰) и в Кызылталском с.о. (в 2 раза, или с 8,89 до 4,41‰), п.Александровка (в 1,5 раза, или с 7,3 до 4,82‰). По Бурлинскому району, ЗКО и РК темпы снижения уровня менее выражены. В г.Аксай показатели смертности возросли на 15,4%, с 6,75 до 7,79‰. В 2010 г. показатели смертности в Березовском, Приуральном и Кызылталском сельских округах были ниже данных по Бурлинскому району, ЗКО и РК.

Сравнивая показатели смертности можно видеть, что они колеблются в небольших пределах, и если,

например, из показателей 2008 г. исключить показатели г.Аксай и п. Каракемир, то пределы колебаний будут 4,4-10,2 человека на 1000 населения. В основном же показатели по населенным пунктам существенно друг от друга не отличаются. В частности, это относится к сравнению показателей п. Березовка и п. Александровка. Из показателей 2009 г. достоверность доказывается между показателями п. Димитрово и Кызылталским с.о., в остальных случаях достоверной разницы нет. В 2010 г. колебания показателей смертности по РК, ЗКО, Бурлинскому району и населенным пунктам Бурлинского района еще меньше, чем в 2008 и 2009 гг. В 2010 г. достоверная разница имеется между показателями в пп. Карачаганак и Жанаталап. Остальные показатели существенных различий не имеют (рисунок 2).

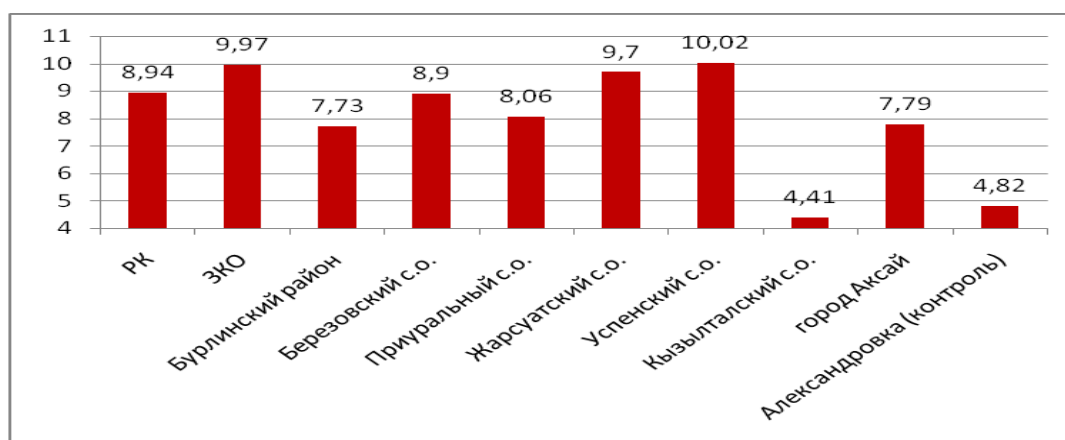


Рисунок 2 – Показатели смертности населения в регионе КНГКМ (на 1000 населения).

Естественный прирост населения за период 2008-2010 гг. вырос в большинстве изучаемых населенных пунктов: в Березовском с.о. - с -2,53 до 6,52‰, в Приуральном с.о. - с -4,3 до 13,93), Жарсуатском с.о. - с -3,11 до 5,17, в Успенском с.о. - с -0,83 до 3,34‰, в п. Александровка с 0 до 6,02‰). Снижение естественного прироста наблюдается в Кызылталском с.о. (с 20,09 до 18,14‰), г. Аксай (с 13,43 до 11,82‰). По Бурлинскому району РК и ЗКО наблюдается рост этого показателя здоровья населения.

Таким образом, проведенный нами анализ показал, что естественный прирост населения за период 2008-2010 гг. вырос в большинстве изучаемых населенных пунктов: в

Березовском с.о., Приуральном с.о., Жарсуатском с.о., в Успенском с.о., в п. Александровка, как и по РК и ЗКО. Снижение естественного прироста наблюдается в Кызылталском с.о., г. Аксай и по Бурлинскому району в целом.

Литература:

1. Кенесариев У.И., Жакашов Н.Ж. Экология и здоровье населения: Учебник для медицинских ВУЗов и колледжей. Алматы. - 2002.- 260 с.
2. Тулебаев Р.К., Слажнева Т.И., Кенесариев У.И., Белоног А.А., Корчевский А.А. Оценка гигиенических рисков в промышленных регионах Республики Казахстан. – Алматы: Искандер, 2004. – 374 с.

УДК 614.777:579.68

ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА «АЗГЫР» ОТ ХИМИЧЕСКОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОДЫ

У.И. Кенесариев, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов, А.Е. Ержанова, А.А. Баймухамедов

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

Тұжырым

«АЗГЫР» ЯДРОЛЫҚ ПОЛИГОН АЙМАҒЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫНА ХИМИЯЛЫҚ ЛАСТАНУДАН ҚАУІП-ҚАТЕРДІ БАҒАЛАУ

У.И. Кенесариев, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов, А.Е. Ержанова, А.А. Баймухамедов

Мақалада «Азғыр» ядролық полигон аймағындағы шахталық құдықтардың суын химиялық ластанудан канцерогенді және бейканцерогенді қауіп-қатерлерге баға берілген.

Summary

RISK ASSESSMENT OF HUMAN HEALTH FROM CHEMICAL CONTAMINATION OF WATER IN NUCLEAR TEST BASE AREA "AZGYR"

U. Kenesaryiev, M. Amrin, A. Dosmukhametov, A. Erzhanova, A. Baimukhamedov

In the article is showed an estimation of carcinogenic and non-carcinogenic risks to the health from chemical contamination of mine wells water in the nuclear test base area "Azgyr".

Ядерный полигон «Азғыр» (17 взрывов в 1966-1979 гг.) расположен на территории Атырауской области. Многочисленные подземные ядерные взрывы в соляных куполах привели к увеличению жесткости питьевой воды в шахтных колодцах до 2 раз выше нормы, концентрации свинца – до 3,0-6,3 ПДК, кадмия – до 9,8 ПДК.

В связи с этим целью наших исследований была оценка риска здоровью населения от химического загрязнения воды шахтных колодцев, так как основными источниками питьевого водоснабжения в регионе являются децентрализованные (шахтные колодцы и привозная вода).

Во многих странах мира методология оценки рисков рассматривается, как один из наиболее приоритетных

методов в системе охраны окружающей среды и здоровья населения.

Методология оценки риска предназначена для определения приоритетов среди целого спектра негативных воздействий вредных веществ, содержащихся в окружающей среде, на здоровье человека [1, 2].

На этапе идентификации опасности из всего спектра исследуемых веществ для последующей оценки риска нами были отобраны железо, медь, кадмий, свинец, кальций, нитриты, магний и фтор, концентрации которых в воде шахтных колодцев превышали референтные дозы (таблица 1).

Среди них канцерогенным эффектом обладали свинец и кадмий, индивидуальные риски которых составили $3,8 \cdot 10^{-4}$ и $1,5 \cdot 10^{-4}$.

Таблица 1 - Канцерогенные и неканцерогенные риски с водой шахтных колодцев в регионе ядерного полигона «Азғыр».

Наименование вещества	Неканцерогенный риск	Канцерогенный риск	Направленность действия
Железо	0,05		Слизистые, кожа, кровь, иммунная система
Медь	0,2		ЖКТ, печень
Никель	0,0005		Печень, сердечно-сосудистая система, ЖКТ, кровь, масса тела
Цинк	0,02		Кровь, биохимические изменения
Марганец	0,0006		ЦНС, кровь
Кобальт	0,003		Кровь
Ртуть	0,04		Иммунная система, почки, ЦНС, репродуктивная система
Кадмий	1,5	$1,5 \cdot 10^{-4}$	Почки, гормональная система
Свинец	3,8	$3,8 \cdot 10^{-4}$	ЦНС, НС, кровь, биохимические изменения, развитие, репродуктивная система, гормональная система
Аммиак	0,03		
Нитриты	0,2		Кровь
Нитраты	0,03		Кровь
Кальций	0,3		Почки, биохимические изменения
Магний	0,5		
Фтор	1,1		Зубы, костная ткань

Выявленный индивидуальный канцерогенный риск относится к третьему диапазону (более $1 \cdot 10^{-4}$, но менее $1 \cdot 10^{-3}$), т.е. приемлем для профессиональных групп и неприемлем для населения в целом.

Оценка индивидуальных неканцерогенных рисков показала, что риск от воздействия с питьевой водой шахтных колодцев от кадмия составил 0,8, фтора – 1,1, а от воздействия свинца – 2,3. Эти коэффициенты пре-

вышают 1,0 и характеризуются как недопустимые уровни, что требует принятия управленческих решений.

Суммарный неканцерогенный риск по направленности действия веществ (свинец, цинк, железо, марганец, кобальт, никель, нитраты, нитриты) на кровь составил 4,1, что является неприемлемым уровнем.

Таким образом, выявленные в регионе риски требуют разработки и проведения оздоровительных мероприятий. Их планирование должно основываться на

результатах более углубленной оценки различных аспектов существующих проблем и установлении степени их приоритетности по отношению к другим гигиено-экологическим и социально-экономическим проблемам на данной территории.

Литература:

1. Авалиани С.Л., Ревич Б.А., Балтер Б.М., Гильденскиольд С.Р., Мишина А.Л., Кликушина Е.Г. Оценка

риска загрязнения окружающей среды для здоровья населения как инструмент муниципальной политики в Московской области. М., 2010. 309 с.

2. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду (Р 2.1.10.1920-04), утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 05.03.2004 (Guidelines for Human).

УДК 614.66-07.618-0.99

КАЧЕСТВО ОСНОВНЫХ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ РЕГИОНА КАРАЧАГАНАКСКОГО НЕФТЕГАЗОКОНДЕНСАТНОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ

У.И. Кенесариев, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов, А.Е. Ержанова, А.Ф. Иманалин, Ж.Ж. Бекенова

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,
УГСЭН Бурлинского района, Западно-Казахстанская область,
РГКП «Бурлинский РайЦСЭЭ» Западно-Казахстанская область*

Тұжырым

ҚАРАШЫҒАНАҚ МҰНАЙГАЗКОНДЕНСАТ КЕН ОРНЫ АЙМАҒЫНДА ҚОРШАҒАН ОРТАНЫҢ НЕГІЗГІ НЫСАНДАРЫНЫҢ САПАСЫ

У.И. Кенесариев, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов, А.Е. Ержанова, А.Ф. Иманалин, Ж.Ж. Бекенова

Атмосфералық ауаны зерттеу, барлық ластаушы заттардың концентрациялары нормативтік көрсеткіштерден аспағаны анықталған. Зерттелген аймақтағы табиғи сулар мен топырақтың химиялық ластануы, негізінде табиғи құрамына байланысты, әртүрлі деңгейде. ҚМГККО-ның осы үрдістерге әсері байқалмайды.

Summary

QUALITY OF ENVIRONMENTAL BASIC OBJECTS OF KARACHAGANAK OIL AND GAS CONDENSATE FIELD

U. Kenesaryiev, M. Amrin, A. Dosmukhametov, A. Erzhanova, A.F. Imanalin, Zh.Zh. Bekenova

Researches of atmospheric air showed, that by all contaminants exceeding of normative values not found out. Chemical contamination of natural waters and soil of district is expressed in a different degree, mainly, due to their natural composition. Influence of KOGCF on this process is not almost traced.

Проблема загрязнения окружающей среды особое значение приобрела в последние 20-30 лет, когда в различных странах мира начали проявляться необратимые изменения природной среды. Это касается, как зарубежных стран, так и Республики Казахстан [1, 2]. Указанные обстоятельства выдвигают экологические проблемы нефтегазового комплекса в ряд важнейших общегосударственных, требующих глубокого и всестороннего изучения, а главное – неотложного решения [3].

Целью наших исследований явилась оценка санитарно-гигиенической ситуации основных объектов окружающей среды населенных пунктов Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения (КНГКМ) за период с 2008 по 2010 гг.

Основными загрязнителями атмосферного воздуха в нефтегазовом регионе являются - оксиды азота, серы, углерода и сероводород. В результате проведенных исследований установлено, что оксиды азота, серы и сероводород обнаружены не во всех пробах, а оксид углерода - в 100% проб. При этом, поселок Березовка (расположенное на расстоянии 4,5 км от крайних источников загрязнения месторождения) по степени обнаружения в атмосферном воздухе оксидов азота в 2009-2010 гг. занимает первое место. Максимальным этот показатель оказался и при расчете среднего показателя за 3 года. По степени обнаружения сернистого ангидрида в атмосферном воздухе (п. Березовка в 2008 г. занимал второе место после п. Жарсуат), а в 2009 и 2010 гг. по данному показателю был на первом месте, сохранив первое место и по среднему показателю за 3 года. По степени обнаружения сероводорода в атмосферном

воздухе село Березовка в 2008 и 2010 гг. занимало второе место, в 2009 г. - первое. Однако, по всем загрязняющим веществам превышение нормативных значений ПДК для населенных мест не обнаружено.

Изучение качества водоснабжения в изучаемых населенных пунктах показало, что из 130 функционирующих водопроводов не соответствовали санитарным требованиям 2 (1,5%). При этом, удельный вес проб, не соответствующих санитарным нормам по микробиологическим показателям по области составил 2,7% (в 2008г.-2,5%). Исследованиями установлено, что превышений санитарных норм ни по микробиологическим, ни по санитарно-химическим показателям в питьевой воде населенных пунктов Бурлинского района ЗКО за последние годы не было. Исключение составила жесткость воды, в отдельных случаях находящаяся несколько выше ПДК (7,2 при норме 7,0). В целом, в Бурлинском районе водопроводы имеются в г.Акса́й, в п. Березовка, п. Приуральное, п. Жарсуат, п. Успенка, п. Кызылтал: водозаборы расположены в п. Бестау (водопровод г.Акса́й) и в п. Жарсуат (водопровод КНГКМ). Из шахтных колодцев снабжаются водой п. Бестау, п. Димитрово, п. Жанаталап, п. Карачаганак. Все водопроводы запитаны из скважин, из поверхностных источников водозаборы в настоящее время не осуществляются.

Исследование загрязнения химическими веществами почвы, в регионе КНГКМ показало, что концентрации сероводорода и нефтепродуктов находились в пределах 0,5–4,25 ПДК и 0,06 – 0,35 ПДК, соответственно. По содержанию хрома, никеля и кадмия в почвах месторождения имели место случаи превышения ПДК. Со-

держание цинка в почве промышленных площадок составляет 0,7-1,37 ПДК.

Таким образом, химическое загрязнение природных вод и почвы района выражено в разной степени, в основном, за счет их естественного состава. Влияние КНГКМ на этот процесс почти не прослеживается.

Литература:

1. Кенесариев У.И., Балмахаева Р.М., Бекмагамбетова Ж.Д., Жакашов Н.Ж., Тогузбаева К.К. Гигиена:

Учебник для вузов / под ред. УИ. Кенесариева. – Алматы: «Самара-принт», 2009. – 688 с.

2. Кенесариев У.И., Жакашов Н.Ж. Экология и здоровье населения: Учебник для медицинских ВУЗов и колледжей. Алматы. 2002. – 260 с.

3. Тулебаев Р.К., Слажнева Т.И., Кенесариев У.И., Белоног А.А., Корчевский А.А. Оценка гигиенических рисков в промышленных регионах Республики Казахстан. – Алматы: Искандер, 2004. – 374 с.

УДК 614.72:676

УРОВНИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУШНЫХ БАСЕЙНОВ ГОРОДОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН МЕЛКОДИСПЕРСНЫМИ ФРАКЦИЯМИ ПЫЛЕВЫХ ЧАСТИЦ (PM₁₀ И PM_{2,5})

У.И. Кенесариев, А.Т. Досмухаметов, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова, А.А. Баймухамедов

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

Тұжырым

ҚАЗАХСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚАЛАЛАРЫНЫҢ АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАНЫҢ ҰСАҚ ДИСПЕРСТІ ЗАТТАРМЕН (PM₁₀ И PM_{2,5}) ЛАСТАНУ ДЕҢГЕЙІН

У.И. Кенесариев, А.Т. Досмухаметов, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова, А.А. Баймухамедов

Түйінді сөздер: химиялық ластаушылар, атмосфералық ауа, өлшемді бөлшектер, гигиеналық нормативтер.

Бұл мақалада ҚР қалаларында атмосфералық ауаның ұсақ дисперсті заттармен ластану деңгейі анықталған.

Summary

AIR POOL'S CONTAMINATION LEVELS OF CITIES REPUBLIC OF KAZAKHSTAN BY SHALLOW DISPERSION FRACTIONS OF DUSTBURN PARTICLES (PM₁₀ and PM_{2,5})

U. Kenesaryiev, A. Dosmukhametov, M. Amrin, A. Erzhanova, A. Baimukhamedov

Key words: chemical contamination, atmospheric air, measured particles, hygienicalnormatives.

In the article showed an estimation of maintenance level of shallow dispersion fractions in atmospheric air in the cities Republic of Kazakhstan

По рекомендации ВОЗ [1], к приоритетным загрязняющим веществам атмосферного воздуха любого населенного пункта относят мелкодисперсные пылевые частицы - PM₁₀ и PM_{2,5} [2].

Целью наших исследований было определение уровней загрязнения воздушных бассейнов РК мелкодисперсными фракциями пылевых частиц. Поскольку фактические данные мониторинга загрязнения воздуха в РК имеются только для суммарного взвешенного вещества (РГП «Казгидромет»), то в наших исследованиях

среднегодовые концентрации пылевых фракции в воздухе городов определялись расчетным методом [2,3] (таблица 1). Нормативы для респираторных фракций пылевых частиц в атмосфере взяты из гигиенических нормативов РФ, (Гигиенические нормативы ГН 2.1.6.2604-10).

Как видно из данных таблицы 1, изучаемые населенные пункты в течение 2008-2010гг. круглосуточно подвергались воздействию суммарных взвешенных частиц, что подтверждается данными расчетного метода.

Таблица 1 – Среднегодовые концентрации суммарных взвешенных веществ (пыли) и респираторных пылевых фракций в воздухе населенных пунктов РК, за период с 2008 по 2010 гг.

Города РК	Годы наблюдения					
	2008		2009		2010	
	PM ₁₀ , мг/м ³	PM _{2,5} , мг/м ³	PM ₁₀ , мг/м ³	PM _{2,5} , мг/м ³	PM ₁₀ , мг/м ³	PM _{2,5} , мг/м ³
Алматы	0,20	0,13	0,1	0,09	0,1	0,08
Астана	0,35	0,23	0,2	0,16	0,3	0,19
Шымкент	0,12	0,08	0,1	0,06	0,1	0,08
Жезказган	0,16	0,10	0,2	0,12	0,2	0,15
Тараз	0,07	0,04	0,1	0,05	0,1	0,05
Павлодар	0,08	0,05	0,1	0,05	0,1	0,05
Усть-Каменогорск	0,10	0,06	0,1	0,06	0,1	0,05
Семей	0,11	0,08	0,1	0,05	0,1	0,04
Кызылорда	0,09	0,06	0,1	0,04	0,02	0,01
Атырау	0,18	0,12	0,3	0,23	0,2	0,12
Темиртау	0,11	0,07	0,1	0,08	0,1	0,08
Ақтау	0,15	0,10	0,1	0,08	0,1	0,08
ПДК РФ, мг/м ³	0,04	0,025	0,04	0,025	0,04	0,025

В целом, по уровню содержания мелкодисперсных взвешенных частиц в атмосферном воздухе всех исследуемых городов РК ситуация оценивается как неблагоприятная, кроме города Кызылорды (таблица. 1), где в 2010г. по сравнению с 2008 г. наблюдается снижение концентрации пылевых фракций. Выявленные высокие уровни загрязнения воздушных бассейнов городов РК пылевыми фракциями определяют высокую антропогенную аэрогенную нагрузку на городских жителей.

Литература:

1. WHO. Quantification of the Health Effects of Exposure to Air Pollution. // Report of WHO Working Group. – Bethoven, - 2000.

2. Авалиани С.Л., Голуб А.А., Давыдова Н.Г., Струкова Е.Б., Сафонов Г.В. Управление окружающей средой на основе методологии анализа риска. Учебное пособие. – М., 2006., - 186 стр.

3. Онищенко Г.Г., Новиков С.М., Рахманин Ю.А., Авалиани С.Л., Буштуева К.А. Основы оценки риска для здоровья при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. – М., 2002.-408с.

УДК 614.3(574.42)

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ТАМОЖЕННОГО СОЮЗА

Т.К. Ерубайев, Х.Ж. Илюбаев, Г.О. Агажаева, К.А. Мукаметжанова, А.У. Абдразакова,
Б.С. Мукиева, А.К. Ускабаева, Ш.Т. Кашкимбаева

Департамент КГСЭН МЗРК по ВКО, г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье отражены основные направления и задачи в деятельности санитарно-эпидемиологической службы Восточно-Казахстанской области в условиях таможенного союза.

Тұжырым

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСТЫҚ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІНІҢ КЕДЕНДІК ОДАҚ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ҚЫЗМЕТІ

Т.К. Ерубайев, Х.Ж. Илюбаев, Г.О. Агажаева, К.А. Мукаметжанова, А.У. Абдразакова,
Б.С. Мукиева, А.К. Ускабаева, Ш.Т. Кашкимбаева

Мақалада Шығыс Қазақстан облыстық санитарлық-эпидемиологиялық қызметінің кедендік одақ жағдайындағы қызметінің негізгі бағыттары мен міндеттері көрсетілген.

Summary

ACTIVITY OF SANITARY-EPIDEMIOLOGICAL SERVICE OF THE EAST KAZAKHSTAN REGION IN THE CONDITIONS OF CUSTOMS UNION

T.K. Yerubayev, H.Zh. Ilyubayev, G.O. Agazhayeva, K.A. Mukametzhanova, A.U. Abdrazakova,
B.S. Mukiyeva, A.K. Uskabayeva, Sh.T. Kashkimbayeva

In the article basic directions and tasks are reflected in activity of sanitary-epidemiological service of the East Kazakhstan region in the conditions of customs union.

Таможенный союз Российской Федерации, Белоруссии и Казахстана – это серьезный шаг на пути не только формирования единого экономического пространства, но и построение взаимовыгодных и перспективных отношений между государствами, в том числе и санитарно-эпидемиологических служб.

Одной из важнейших задач в рамках действия таможенного союза – сформировать такие совместные механизмы, которые, не создавая излишних барьеров, будут способствовать обеспечению эффективного санитарного контроля на внешнем контуре таможенного союза. Соглашение по санитарным мерам и стало таким механизмом.

Отныне просматривается выработка единых требований по качеству продуктов и товаров на территории таможенного союза и введение единого перечня таких продуктов и товаров, что, безусловно, повысит безопасность границ от завоза некачественной продукции и распространения инфекционных заболеваний.

ВКО занимает территорию в 283,3 тыс.км². с населением 1397,022 тысяч человек, находится на стыке границ Китая, Монголии, России. Протяженность Государственной границы РК по периметру ВКО составляет около 3000км. Область расположена на международном

перекрестке, с большими транзитными потоками населения, товаров и грузов, поступающих из сопредельных стран, что усиливает реальную угрозу завоза инфекции на территорию области. Расположенные на территории области зоны природных очагов туляремии, сибирской язвы, чумы, лептоспироза распространяются на территории сопредельных государств, областей. Все это требует проведения масштабных мероприятий по санитарной охране границ.

Специалистами, осуществляющими санитарный надзор на границе таможенного союза, ведется плановая и целенаправленная работа по реализации Соглашения по санитарным мерам: проводятся обучающие семинары, расширяется система информирования бизнес-сообщества о требованиях в связи с созданием таможенного союза.

Первые санитарно-карантинные посты (СКП) в области открывались по Постановлению Правительства в 1991-1992 годах на границе с КНР (Бахты, Урджарский район), «Аэропорт Усть-Каменогорск», позже «Майкапчагай» в Зайсанском районе на границе с КНР. На границе с Российской Федерацией 4 СКП начали работать с 1997 годы.

Со вступлением в силу с 1 июля 2010 года Соглашения по санитарным мерам таможенного союза, с целью переноса государственного санитарно-эпидемиологического контроля на внешнюю границу таможенного союза, во исполнение приказа КГСЭН МЗРК №181 от 30.06.2010 года «О мерах по осуществлению санитарно-эпидемиологического контроля в рамках таможенного союза» санитарно-карантинные посты (далее СКП) на границе с Россией («Ауыл», «Жезкент», «Уба», «Коянбай») были закрыты.

Задачей службы является усиление санитарно-эпидемиологического надзора как на границе с Китаем: СКП «Майкапчагай», «Бахты», так и на территории всей области, как части Таможенной территории Таможенного союза и внедрение санитарных нормативно правовых актов по таможенному союзу.

На автодорожных СКП «Бахты», «Майкапчагай» согласованы со всеми службами технологические схемы взаимодействия контролирующих органов при осуществлении контроля в пунктах пропуска через государственную границу РК и оперативные планы мероприятий на случай выявления больного с подозрением на карантинные и особо опасные инфекции. Утвержден совместный с пограничной службой план взаимодействия пограничной и санитарно-эпидемиологической службы (СКП) на автопереходах через границу при осуществлении контроля за грузовыми автомобилями и автобусами иностранных и казахстанских перевозчиков.

Оба СКП обеспечены оргтехникой (компьютер, факс, сканер), решен вопрос по телефонизации и подключен Интернет, укомплектованы укладками для забора материала от больных, экстренной профилактики медработника, дезоборудованием, масками и индивидуальными средствами защиты разового пользования, дезкамерой, обеспечены инфракрасными пирометрами для безконтактного измерения температуры тела пассажиров.

С 2008 года на территории Казахстана вступили в силу Международные медико-санитарные правила (ММСР, 2005г.) целью которой, как декларирует ВОЗ, состоит в предотвращении международного распространения болезней, предохранения от них, борьбе с ними и принятия ответных мер на уровне общественно-го здравоохранения, которые соизмеримы с рисками для здоровья населения и ограничены ими и которые не создают излишних препятствий для международных перевозок и торговли. Основной принцип – утверждающее управление риском, направленное на раннее выявление и ликвидацию вспышки до формирования международной угрозы.

ММСР ориентированы, прежде всего, на риски возникновения новых инфекционных болезней, массовых неинфекционных болезней (отравлений), а также известных биологических угроз, связанных с актами биотерроризма. Все эти аспекты угроз для международного здравоохранения интегрированы в объекте глобального эпидемиологического надзора, каким является чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение. В ММСР приоритет в глобальном эпидемиологическом надзоре и контроле закономерно отдается вирусным инфекционным заболеваниями (желтая лихорадка и др.).

Введение в действие нормативно-правовых актов таможенного союза, основанные в том числе на ММСР,

значительно изменило процедуру санитарно-карантинного контроля на границе. Главной целью санитарной службы является осуществление контроля за безопасностью товаров, людей и транспортных средств, пересекающих границы согласно вновь утвержденным единым правилам и подходам.

С момента вступления в силу Соглашения на автопереходах «Бахты», «Майкапчагай» досмотрено 300 партий грузов, из-за отсутствия документов, подтверждающих безопасность продукции (товаров). приостановлен ввоз 24 партий груза (42,44 тонн). Осуществляется мониторинг за гражданами, въезжающими из КНР.

Бескарагайский, Бородулихинский, Шемонаихинский, Зырянковский, Глубоковский, Като-Карагайский районы и г. Риддер области граничат с Алтайским краем и Республикой Алтай Российской Федерации (РФ).

В целях осуществления информационного обмена по опасным инфекционным болезням, товарам и грузам, требующим проведения мероприятий по санитарной охране территорий и санитарно-карантинного контроля, за 2 года до вступления в силу Соглашения таможенного союза, между государственными санитарно-эпидемиологическими службами ВКО РК и Алтайским краем РФ было принято Соглашение о сотрудничестве (27 ноября 2008г.)

Проведено 6 совместных рабочих совещания на базе СКП «Ауыл» - АПП «Веселоярск». На совещаниях рассматривались вопросы совершенствования взаимодействия при осуществлении Госсанэпиднадзора, реализации положений Соглашения по таможенному союзу, варианты оптимального решения нестандартных, чрезвычайных ситуаций.

Проводится информационный обмен по вопросам деятельности службы по реализации санитарных мер, результатах санитарно-эпидемиологического мониторинга товаров и грузов, ввозимых на территорию Казахстана и Российской Федерации из стран СНГ и Китая, об организации санитарно-карантинного контроля на внешней границе Таможенного союза. По итогам полугодия осуществляется взаимная информация сведений об инфекционных и паразитарных заболеваниях, отработана система взаимной информации в случаях производства и реализации продуктов питания, не отвечающих нормативным требованиям по показателям безопасности.

Выводы: На сегодняшний день наиболее актуальным является четкое исполнение Соглашения таможенного союза по санитарным мерам в целях проведения согласованной политики в области санитарной охраны территории стран таможенного союза и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия их населения.

Эффективность конечного результата будет напрямую зависеть от того, насколько четко, слаженно и профессионально сработают санитарные службы наших стран и отдельных регионов!

Литература:

1. «Международные медико-санитарные правила», 58 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2005.
2. Соглашение Таможенного союза по санитарным мерам, подписанное Решением КТС № 28 от 11.12.09г.

УДК 616.314:611.019

ОДОНТОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ФРОНТАЛЬНЫХ И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ЖИТЕЛЕЙ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА

Р.К. Пшембаева

Государственный медицинский университет города Семей
Кафедра стоматологических дисциплин

Резюме

Изучение морфофункциональных характеристик резцов и моляров выявило, что для жителей Семипалатинского региона присущи следующие одонтологические признаки: прямоугольная форма вестибулярной поверхности резцов и выраженность лопатообразной формы верхних резцов, а также для женщин зоны максимального радиационного риска характерны редуцированная форма латерального резца верхней челюсти и выраженность лингвального бугорка резцов.

Тұжырым

СЕМЕЙ Өңірі тұрғындарының алдыңғы және шайнау тістерін зерттеудің одонтологиялық тәсілдері

Р.К. Пшембаева

Күрек тістер мен азу тістердің морфофункциональды сипаттамасын зерттеу кезінде, Семей қаласы аймағындағы тұрғындары келесі одонтологиялық белгілердің тән екені анықталды: күрек тістердің вестибулярлы бетінің төртбұрышты болуы және жоғарғы күрек тістерде күрек тәрізді форманың айқын көрінуі, сонымен қатар жоғары радиациялық қауіп аймағында тұратын әйелдерге жоғарғы жақтың латеральды күрек тістеріне редуцирленген форманың тән болуы және күрек тістердің тілдік бұдырының айқын көрінуі.

Summary

ODONTOSCOPIC METHODS OF STUDYING OF THE ANTERIOR AND POSTERIOR TEETH OF THE SEMIPALATINSK REGION'S RESIDENTS

R.K. Pshembayeva

The study of morphological and functional characteristics of the incisors and molars of residents of the Semipalatinsk region has shown that they have the following typical odontological symptoms: a rectangular shape of the vestibular surface of the incisors and the severity of shovel – shape of the upper incisors. As for women of the area of maximum radiation risk, they are characterized by a reduced form of the lateral incisor of the maxilla and the severity of the lingual cusp of the incisors.

Морфологическое строение зубных коронок является одним из важнейших источников биологической и исторической информации, т.к. черты зубного рельефа обладают высокой таксономической ценностью, будучи генетически обусловленными, они меняются на протяжении всей жизни человека и зависят от факторов природной среды [3, 4].

Семипалатинский ядерный полигон нанес огромный ущерб экологическому и биологическому состоянию близлежащих территорий Республики Казахстан, а также невосполнимый урон нанесен здоровью людей [1]. В настоящее время доказано изменение иммунно-генетического статуса людей, проживающих в регионе ядерного взрыва, а также изменения в других органах и системах [2]. В связи с вышеизложенным, нам показалось актуальным изучение морфофункциональных характеристик зубов у жителей Семипалатинского региона.

Поэтому целью данного исследования явилось изучение морфофункциональных характеристик резцов и моляров жителей Семипалатинского региона.

Нами проведено обследование 216 жителей Семипалатинского региона, из них 119 мужчин, 97 женщин. Все обследованные распределены на две группы: в основной группе обследовано 130 человек, из них 80 мужчин, 50 женщин. В группе сравнения обследовано всего 86 человек, из них 47 женщин, 39 мужчин. Основная группа – это лица, проживающие вблизи ядерного взрыва, или группа жителей из зоны максимального радиационного риска, т.е. жители с.Караул Абайского района. Вторую группу, или группу сравнения, составили жители г.Семей, лица, проживающих в зоне повышенного радиационного риска.

Поскольку стирание и нарушение целостности коронок зубов уничтожают многие ценные морфологические данные нами осмотрены лица в возрасте от 12-18 лет. Изучению подвергались одонтологические признаки верхних резцов и нижних моляров, как представителей передних и боковых групп зубов. Обследование проводили по специально разработанной схематической карте, использовали методы одонтологии, широко используемый в антропологии. Для метода одонтологии лично рассматривали каждый зуб и зубной ряд обследованных. Для более точного и документального изучения с каждого индивидуума снимали слепки эластичной массой, «Упен», отливали модели из гипса, их изучали визуально и с помощью бинокулярной лупы.

Для полной морфофункциональной характеристики резцов и моляров нами использованы следующие параметры, применяемые как в антропологии, так и в стоматологии. Это редуция верхнего латерального резца, наличие диастемы и краудинга (скупенности), выраженности лопатообразности верхнего резца, наличие лингвального бугорка, форму вестибулярной поверхности резцов, наличие бугорка Карабелли (дополнительный бугорок на первом моляре. Для более широкого ознакомления исследователей, мы сочли необходимым более подробно описывать методику изучения вышеуказанных характеристик зубов.

- Редуция верхнего латерального резца - признак определяется баллами.

Балл 0. Отсутствие редуции (ширина латерального верхнего резца примерно равна от 0,7 до 0,8 ширины медиального резца).

Балл 1. Первая фаза редукции: суженный латеральный резец, ширина которого равна приблизительно 1/2 ширины медиального резца. Режущий край сохраняется.

Балл 2. Конический латеральный резец, имеющий вместо режущего края заостренную вершину. Полная высота коронки сохраняется.

Балл 3. Колышковидный латеральный резец, имеющий острую вершину, причем коронка по высоте значительно уступает соседним зубам.

- Диастема - расстояние между двумя верхними медиальными резцами более 1 мм.

- Краудинг - скуренное расположение верхних резцов на вестибулярной или лингвальной стороне.

- Выраженность лопатообразной формы на лингвальной поверхности верхних резцов определяли по 4-х балльной системе отражающей, последовательное усиление степени развития краевых гребней резцов.

Балл 0. Лингвальная поверхность резца плоская или равномерно вынута, краевые гребни не выделяются в виде самостоятельных валиков, хотя лингвальная поверхность к краям может быть несколько поднята.

Балл 1. По краям наблюдается с одной стороны плохо различимые валики, едва отделяющиеся от поверхности и часто прослеживающиеся не по всей высоте коронки. Валики обычно достаточно хорошо заметны лишь при боковом освещении.

Балл 2. Лингвальная поверхность резца окаймлена хорошо различимыми гребнями, развитыми обычно с обеих сторон и по всей высоте коронки, но лишь в небольшой степени выступающими над поверхностью.

Балл 3. Лингвальная поверхность окаймлена четко выраженными высокими гребнями, придающими зубу характерную форму, напоминающую совковую лопату.

- Лингвальный бугорок. Его развитие отличается на верхних резцах баллами.

Балл 0. Область бугорка плоская или имеет незначительно пологое возвышение, довольно слабо выделяющееся на общем фоне лингвальной поверхности.

Балл 1. В области лингвального бугорка имеется четкое выраженное округлое вздутие.

Балл 2. Лингвальный бугорок образует небольшую собственную вершину, отделяющуюся от лингвальной поверхности цервикальной трети.

Балл 3. Вершина лингвального бугорка четко обособленно поднимается до средней трети высоты коронки.

Балл 4. Весь лингвальный бугорок в целом поднят до средней трети высоты коронки и выше.

Балл 5. Сходен с предыдущим, но бугорок имеет два рубца, один из которых связан с главным бугорком режущего края. Зубцы лингвального бугорка находятся почти на одном уровне режущим краем.

Балл 6. Оба зубца лингвального бугорка соединяются краевыми гребнями с углами режущего края. Коронка приобретает округлое сечение.

Степень развития лингвального бугорка резцов является показателем общего уровня дифференциации зубной системы.

- Форма вестибулярной поверхности резцов.

Существует три основных варианта формы вестибулярной поверхности резцов:

Тип 1 - прямоугольный

Тип 2 - треугольный

Тип 3 - овоидный

- Бугорок Карабелли - встречается в основном на первом моляре, как дополнительный бугорок. Развитие бугорка определяется баллами:

Балл 0. Абсолютно гладкая поверхность в области, где должен находиться бугорок.

Балл 1. Поверхность в названной области слегка неровная вследствие наличия одной или двух еле заметных канавок, подчеркивающих также еле заметное вздутие.

Балл 2. Небольшое вздутие, ограниченное с окклюзионной и медиальной сторон изогнутой слабо выраженной канавкой.

Балл 3. Канавка приобретает характер бороздки, протяженность ее в дистальном направлении увеличивается. Бугорок приобретает собственную вершину.

Балл 4. Четко выраженный бугорок, вполне обособленный, отделенный глубокой бороздкой, вдающейся в дисто-лингвальную борозду, входящую на лингвальную поверхность. Бугорок по размерам значительно меньше любого из основных бугорков коронки и ниже их по уровню расположения.

Балл 5. Очень крупный самостоятельный бугорок, по размерам лишь немного уступающий дистально-язычному и дистально-вестибулярному бугоркам отделенный глубокой бороздой, вдающейся в дистолингвальную борозду. По уровню расположения приближается к уровню жевательной поверхности.

Таблица 1. - Частота диастем и краудинга у жителей Семипалатинского региона.

№	Исследуемые группы	Пол	Число наблюдений	Диастема %	Краудинг %
1.	Группа сравнения	муж	39	18,0	20,5
		жен	47	8,5	12,8
		всего	86	13,5	16,6
2.	Основная группа	муж	80	12,5	50,0
		жен	50	20,0	40,0
		всего	130	16,3	45,0

Результаты проведенных исследований показывают (табл. 1), что наличие диастем и краудинга встречаются как в основной, так и в группе сравнения. В группе сравнения наибольшее число диастем обнаружено у мужчин (18,0%), это больше в 2 раза чем у женщин (8,5%). В основной группе, наоборот, диастема встречается в 1,5 раза чаще у женщин, чем у мужчин. При сравнении показателей, у женщин основной группы выявлена частота диастем в 2,3 раза чаще, чем в группе сравнения. В группе сравнения диастема у мужчин выявлена в 1,5 раза меньше, чем в основной группе. Общее число лиц

с диастемами больше в основной группе. Наличие краудинга в группе сравнения показывает, что у мужчин эта патология встречается в 1,5 раза больше чем у женщин. И в основной группе у мужчин также преобладает число лиц, имеющих краудинг. При сравнении основной и групп сравнения выяснилось, что у первых краудинг у мужчин встречается в 2 раза чаще и у женщин в 3 раза чаще, чем у групп сравнения. Общее число лиц, имеющих 5 краудинг в зубах в основной группе более 2,5 раза чаще, чем в группе сравнения.

Таблица 2. - Частота встречаемости лопатообразной формы верхних резцов у жителей Семипалатинского региона/

№	Исследуемые группы	Пол	Число наблюдений	Показатели в баллах				
				0	1	2	3	2, 3 вместе
1.	Группа сравнения	муж	39	20,5	5,1	46,2	28,2	74,4
		жен	47	6,4	12,8	44,7	36,1	80,8
		всего	86	13,5	8,9	45,4	32,2	77,6
2.	Основная группа	муж	80	12,5	12,5	37,5	37,5	75,0
		жен	50	0	0	40,0	40,0	80,0
		всего	130	16,3	6,3	38,7	38,7	77,5

Изучение лопатообразной формы верхних центральных резцов показало (табл. 2), что этот показатель выявлен как в основной, так и в группе сравнения. В группе сравнения у мужчин и женщин наибольшее число лиц обнаружено в пределах 2,3 балла по выраженности лопатообразности центральных резцов. В остальных показателях наибольшее число лиц с баллом 0 встречается у мужчин в группе сравнения, а балл

1 больше выявлен у женщин в этой группе. У мужчин и женщин в основной группе наибольшее число лиц встречается с баллами 2 и 3, а у женщин этой группы лица с баллом 1 не встречаются. При сравнении основной и группы сравнения выявилось наибольшее число лиц, имеющих баллы 2 и 3 в обеих сравниваемых группах и отсутствие у женщин основной группы лиц, имеющих баллы 0 и 1.

Таблица 3. - Частота встречаемости редукции верхнего латерального резца у жителей Семипалатинского региона.

№	Исследуемые группы	Пол	Показатели в баллах, %				
			Число наблюдений	0	1	2	3, 2 вместе
1.	Группа сравнения	муж	39	92,3	7,7	0	0
		жен	47	97,9	2,1	0	0
		всего	86	94,8	4,9	0	0
2.	Основная группа	муж	80	87,5	12,5	0	0
		жен	50	80,0	0	20,0	20,0
		всего	130	83,8	6,3	10,0	10,0

Результаты исследования (табл. 3.) свидетельствуют, что редукция латерального верхнего резца различной степени, встречаются в обеих сравниваемых группах. В группе сравнения, основное количество обследованных, имеют нормальную форму и величину верхнего латерального резца, что соответствует баллу «0» (95,1%). При чем разница в показателях у мужчин (92,3%) и женщин (97,9%) незначительное. Редукция бокового резца верхней челюсти выражена в виде небольших отклонений, что соответствует баллу «1». У мужчин число лиц имеющих изменение форму лица превышает 3,5 раза, чем у женщин (7,7% и 2,1%).

В основной группе, также как в группе сравнения основное число обследованных имеет нормальную форму и размеры верхнего латерального резца (83,8%). Также отсутствует большая разница в показателях у мужчин и

женщин (87,5% и 80,0%). Редукция верхнего латерального резца у мужчин наиболее выражен в виде небольших изменений соответствующий баллу «1» (12,5%), а у мужчин наибольшее изменение соответствует баллу «2».

Число лиц имеющих редукцию верхнего латерального резца в основной группе среди мужчин 1,6 раза больше, чем у мужчин в группе сравнения. У женщин основной группы редукция второго резца наиболее выражена и соответствует баллу «2» и превышает показатели женщин группы сравнения 5,0 раза, причем имеющих редукцию с баллом «1».

Таким образом, показатель редукции верхнего латерального резца у женщин проживающих в зоне максимального радиационного риска имеет наиболее выраженное изменение формы и величины зуба по сравнению с жителями г.Семипалатинска.

Таблица 4. - Частота встречаемости типов вестибулярной поверхности резцов у жителей Семипалатинского региона.

№	Исследуемые группы	Пол	Число наблюдений	Тип 1 (%)	Тип 2 (%)	Тип 3 (%)
1.	Группа сравнения	муж	39	76,9	17,9	5,2
		жен	47	80,9	19,1	0
		всего	86	79	18,5	2,6
2.	Основная группа	муж	80	100	0	0
		жен	50	100	0	0
		всего	130	100	0	0

Анализ проведенных исследований показывает (табл. №4), что I-тип вестибулярной поверхности резцов является преимущественным, как в основной, так и в группе сравнений. В основной группе все обследуемые имели квадратные формы вестибулярной поверх-

ности резцов. В группе сравнения мы наблюдали наличие II-типа (18,5%) случаев, у женщин и III-тип (12,6%). Причем III-тип вестибулярной поверхности резцов встречаются только у мужчин.

Таблица №5. - Средние частоты выраженности лингвального бугорка резцов у жителей Семипалатинского региона.

№	Исследуемые группы	Пол	Число наблюдений	Показатели по баллам, %				
				0	1	2	3	2, 3 вместе
1.	Группа сравнения	муж	39	17,9	35,9	46,2	0	46,2
		жен	47	10,6	36,2	48,9	4,3	53,2
		всего	86	14,3	36,0	47,6	2,2	49,6
2.	Основная группа	муж	80	0	50	50	0	50,0
		жен	50	0	0	80	20,0	100,0
		всего	130	0	25,0	65,0	10,0	75,0

Результаты проведенных исследований показывают (табл. 5), что наблюдаются различные степени выраженность лингвального бугорка резцов в обеих исследуемых группах. Наибольшее число обследованных встречаются в обеих группах с баллом «2» (47,6% и 65,0%).

Несколько меньше число лиц в обеих группах выявлены с показателями в «1» балл (36,0% и 25,0%).

Анализ данных группы сравнения показывает, что наибольшее число мужчин и женщин имеют выраженность лингвального бугорка резцов соответствующих баллам «1,2».

Анализ результатов исследования основной группы показывает, что основное число обследованных имеют выраженность лингвального бугорка резцов соответствующих баллу «2» (65,0%), что 1,3 раза больше чем в

группе сравнения (47,6%). В основной группе мужчины имеют выраженность лингвального бугорка резцов с баллами «1,2» и отсутствуют лица с баллом «3». У женщин преобладают лица имеющие выраженность лингвального бугорка резцов соответствующих баллам «2, 3».

Таким образом, выраженность лингвального бугорка резцов у жителей Семипалатинского региона показывает, что в зоне максимального радиационного риска наибольшее число обследованных мужчин имеют изучаемый показатель соответствующим баллам «1, 2», а женщины с соответствующим баллам «2, 3». Эти показатели резко отличаются от данных группы сравнения, в котором более менее равномерно распределены показатели данного признака, как по отношению половой принадлежности и самой выраженности признака.

Таблица 6. - Частота встречаемости бугорка Карабелли у жителей Семипалатинского региона.

№	Исследуемые группы	Пол	Число наблюдений	Показатели в баллах, %						
				0	1	2	3	4	5	2+5
1.	Группа сравнения	муж	39	89,7	0	2,6	7,7	0	0	10,3
		жен	47	97,9	0	2,1	0	0	0	2,1
		всего	86	93,8	0	2,3	3,9	0	0	6,2
2.	Основная группа	муж	80	87,5	0	0	0	12,5	0	12,5
		жен	50	60,0	0	20,0	20,0	0	0	40,0
		всего	130	73,8	0	10,0	10,0	6,2	0	26,2

Данные из таблицы 6 свидетельствует, что выраженная форма бугорка Карабелли в изученных группах представлена на основе суммирования баллов 2-5. По отдельным мужским группам частота встречаемости суммы баллов 2-5 варьирует в диапазоне от 10,3% до 12,5%, а по женским от 2,1% до 40%. В объединенных группах обеих полов частота признака составляет от 6,2% до 26,2%. Средняя процентовка встречаемости бугорка Карабелли по отдельным группам составил 11,4% в мужских группах и 21% в женских. Таким образом наиболее высокая частота рассматриваемого признака отмечается у женщин и мужчин Абайского района.

Результаты наших исследований показывают, что наиболее выраженными и характерными для жителей Абайского района являются следующие одонтологические признаки: диастема, краудинг, бугорок Карабелли; для женщин Абайского района редукция формы резцов верхней челюсти, выраженность лингвального бугорка резцов верхней челюсти.

Выраженность лопатообразной формы верхних резцов и прямоугольная форма вестибулярной поверхности резцов присущи жителям г. Семипалатинска и Абайского района не зависимо от пола.

Литература:

1. Гусев Б.И. Медико-демографические последствия облучения населения некоторых районов Семипалатинской области в следствие испытания ядерного оружия. Автореф. дисс. ... д.м.н. Алматы, 1993.-30с.
2. Ибраев С.С. Комплексная оценка состояния здоровья людей проживающих на территориях прилегающих к полигону для испытания ядерного оружия, в прошлом подвергшихся воздействиям малых доз ионизирующего излучения. Автореф. дисс. ... к.м.н. Алматы, 1992.-22с.
3. Зубов А.А. «Этническая одонтология» М., 1973 г. стр. 213
4. Сихимбаева К.Б. Исмагулов О. «Этническая одонтология Казахстана» Алма-Ата, 1989 г. стр. 237

УДК 616.314-77-089.23-08

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЯГКОЙ ПОДКЛАДКИ BISICO SOFTBASE PRIMER ДЛЯ ПЕРЕБАЗИРОВКИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

С.К. Кабдыканов

Государственный медицинский университет г.Семей
Кафедра стоматологических дисциплин

ТҰжырым

BISICO SOFTBASE PRIMER ЖҰМСАҚ ТӘСЕНІШІН АЛМАЛЫ ПРОТЕЗДЕРДІ ҚАЙТА БАЗИСТЕУГЕ ТӘЖЕРИБЕ ҚОЛДАНУ

С.К. Кабдыканов

BISICO Softbase Primer материалын ескірген, көп уақыт бойы қолданыста жүрген протезі бар науқастарға қайта базистеуде жұмсақ төсеніш ретінде қолдану зерттелінді. Зерттеу нәтижесінде протездің қолма-қол дайындалатынына, протездің бекітілуі мен тұрақтылығының, шайнау қызметінің жақсаруына, гигиеналық жағынан қолайлы екендігіне көз жеткіздік.

Summary

EXPERIENCE WITH THE SOFT LINING BISICO SOFTBASE PRIMER FOR THE RELINING OF REMOVABLE DENTURES

S.K. Kabdykanov

The Using the material BISICO Softbase Primer was investigated as a soft pad to re-base of patients who has an older dentures and used for a long time ones. The searching verified that the dentures are made instantly, also the fixation and the stability of dentures influences to improve the function of mastication very well; and to the side of hygiene it is very convenient to use.

В ортопедической практике при изготовлении съемных пластиночных протезов, иногда возникает проблема, как несоответствие протезного ложа протезному базису, причиной которой является атрофия костной ткани, некачественный слепок или ошибки технического характера (укорочение техником краев базиса, порча модели в процессе работы и т.д.). А также, при длительном использовании частичных и полных съемных протезов происходит значительная атрофия костной ткани альвеолярного отростка, истончение слизистой оболочки, вследствие чего возникает несоответствие протезного ложа съемного протеза поверхности, подлежащей слизистой оболочки альвеолярных отростков. Это неблагоприятно влияет на точность прилегания, происходит перегрузка отдельных участков челюсти и опорных зубов, образуются участки атрофии слизистой оболочки, находящейся под протезом. Все эти изменения неизбежно приводят к травматическому повреждению пародонта опорных зубов при их наличии, изменению окклюзионных взаимоотношений и, как следствие, к ухудшению фиксации протеза, нарушению функции жевания, возникновению болевых ощущений и неудовлетворенности пациента протезом. Такие протезы можно исправить при помощи перебазировки.

До настоящего времени все процедуры, связанные с изготовлением (перебазировкой) той или иной мягкой подкладки осуществлялись непрямым способом, то есть она изготавливалась в зуботехнической лаборатории зубным техником. При этом сначала получали функциональный оттиск зубного ряда, по нему отливали гипсовую модель, а затем проводили перебазировку протеза, применяя акриловую пластмассу. Протез возвращался пациенту как минимум через день после снятия оттиска и пациент был вынужден какое-то время находиться без протеза. Затем при таком способе перебазировки нельзя было достичь идеального результата, позволяющего обеспечить точное прилегание, из-за многоэтапности производственного процесса.

Целью данной работы является разработка метода перебазировки частичных и полных съемных пластиночных протезов мягкой подкладки поливинилсилоксанового материала Softbase компании BISICO и выявление преимуществ этого материала.

Материалы и методы:

В клинику кафедры стоматологических дисциплин обратились 18 (23 протеза) женщин в возрасте от 65 до 76 лет. Из 23 протезов 8 были частичными съемными протезами (3 на верхнюю челюсть и 5 на нижнюю), 15 – полными съемными протезами (6 - на верхнюю челюсть, 9 - на нижнюю). Срок эксплуатации протезов 5-12 лет. Атрофия костной ткани практически у всех пациенток с полными съемными протезами была значительной (3-4 тип по Оксману).

Всем пациентам проведена перебазировка по следующей методике: с помощью фрез и шлифовальных инструментов базисная поверхность (включая область и линию А для протезов верхней челюсти) стачивали на 1-2 мм. На месте предполагаемого перехода материала протеза в мягкую подкладку формировали ступеньки, минимальная глубина 1 мм. Возникшие острые зазубрины на крае ступеньки следует закруглить, общая базисная поверхность должна быть шероховатой.

На поверхность протеза, подготовленную для соединения с BISICO Softbase, с помощью кисточки ровным, не очень толстым слоем наносится BISICO Softbase Primer. Для надежности в пограничной области материал наносили с избытком в 1-2 мм. Необходимое время высыхания – 1 минута. Особое внимание следует обратить на тщательное удаление с поверхности протеза остатков слюны, а также на избежание образования при аппликации воздушных пузырьков. Нанесение материала должно быть закончено за 1 минуту. Протез фиксировали в полость рта пациента, после чего он без усилий смыкает челюсти. Дополнительно пациент выполняет ряд функциональных проб. Затем через 5 минут процесс затвердевания материала заканчивается, и протез извлекли изо рта пациента для последующей

обработки. Большие излишки материала удаляли с помощью ножниц и скальпеля. Эти участки, так же как и область перехода от мягкого материала к твердому, обрабатывали и заглаживали специальным предназначенным для обработки силикона вращающимся инструментом. С целью окончательной обработки на высохшую поверхность наносили глянцевый лак. Его основой также является поливинил силоксановый силикон. По 5-10 капель А и В компонентов тщательно смешивали в прилагаемом блоке, полученный лак наносили с помощью тонкой кисточки на протез. Время высыхания лака (при комнатной температуре) 5 минут, после чего протез готов к использованию.

BISICO Softbase Primer – материал на основе А силикона для получения прочной мягкой подкладки в полных и частичных съемных протезах в одно посещение. Материал предназначен для ручного замещения, самополимеризуется в процессе холодного отверждения.

К достоинствам BISICO Softbase Primer следует отнести:

- специально подобранную конечную мягкость материала;
- исключительные прочность, эластичность и упругость;
- долговечность эластичных свойств;
- идеально гладкую поверхность, стабильность окраски и отсутствие пористости;
- долговременную сопротивляемость химическим воздействиям (рН полости рта)
- прочное соединение между материалом и базисом протеза.

Результаты и обсуждение:

В результате нанесения нового подкладочного слоя BISICO Softbase Primer практически у всех пациентов была достигнута устойчивая фиксация протеза в полости рта при разговоре и жевании, за счет компенсирования несоответствия поверхностей,

обеспечения их более точного прилегания; устранены болевые ощущения, связанные с давлением на слизистую оболочку в области костных выступов.

Таким образом в ходе выполнения работы выявлены следующие преимущества данного материала:

- пациенты могут снова пользоваться протезом через несколько минут после перебазиовки;
- улучшилась фиксация протеза;
- на поверхности протеза не образуется налет, т.е. не происходит бактериального загрязнения, что весьма характерно для акриловых пластмасс, вследствие их пористости;
- упрощается уход за съемным протезом с нанесенной на него мягкой основы.
- практически устраняются болевые ощущения в области различных костных выступов альвеолярных отростков, которые имели место ранее;
- возможно более эффективное использование старых съемных протезов.
- адаптация пациентов к протезам с мягким подкладочным материалом BISICO Softbase Primer проходит значительно быстрее.

Вышеуказанное позволяет рекомендовать врачам-стоматологам-ортопедам использование мягкого подкладочного материала BISICO Softbase Primer в практической деятельности при изготовлении съемных протезов.

Литература:

1. Трезубов В.Н., Штейнгарт М.З., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение. – СПб., 1999. -
2. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов. – М. Медицина 1990.
3. Цимбалистов А.В., Козицына С.И., Жидких Е.Д., Войтяцкая И.В. Оттисные материалы и технология их применения. – СПб: ООО «МЕДИ издательство», 2004

УДК 616.993-036.22(574.42)

ШҚО ҰРЖАР АУДАНЫ БОЙЫНША 2011 ЖЫЛЫ СІБІР ЖАРАСЫ АУРУЫНЫҢ ТІРКЕЛУІ: ЗАҢШЫЛДЫҚТЫҢ ДАМУЫ

С.Е. Слямгазина, А.К. Мухамеджанова, Н.Б. Ногайбаев, А.Н. Жұмай

ҚР ДСМ МСЭҚК ШҚО бойынша департаментінің Ұржар аудандық басқармасы

Тұжырым

Берілген құжаттар ШҚО Ұржар ауданы 2011 жылы сібір жарасы диагнозымен тіркелген жағдай бойынша, науқастан және сыртқы ортадан зертханаға алынған сынамалардың нәтижелері мен сібір жарасы індетінің эпидемиологиялық сипаттамасы берілген. Адамадар арасындағы сібір жарасы аурушандығының себептері қарастырылған.

Резюме

СЛУЧАЙ РЕГИСТРАЦИИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В УРДЖАРСКОМ РАЙОНЕ ВКО В 2011 ГОДУ: ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ

С.Е. Слямгазина, Н.Б. Ногайбаев, А.К. Мухамеджанова, А.Н. Жұмай

Представлены материалы, отражающие случай регистрации сибирской язвы в 2011 году в Урджарском районе ВКО. Дается подробная характеристика по эпидемиологии сибирской язвы, данных лабораторных исследований материала от больного и из внешней среды. Рассматриваются возможные причины возникновения заболеваемости среди людей.

Summary

CASES OF ANTHRAX HAVE BEEN REGISTERED IN URZHAR REGION OF EAST KAZAKHSTAN IN 2011: PATTERNS OF DEVELOPMENT

S.Y. Slyamgazina, A.K. Mukhamedzhanova, N.B. Nogaybayev, A.N. Zhumay

The materials reflecting a case of anthrax in 2011 in Urdzhar region of East Kazakhstan are presented. The detailed characteristic of anthrax epidemiology, given laboratory researches of a material from the patient and from environment are given. The possible reasons of occurrence of disease among people are considered.

Кіріспе. ШҚО Ұржар ауданы бойынша соңғы 10 жыл ішінде адамдардың және ауылшаруашылық мал арасында сібір жарасы тіркелмеген, соңғы 2001 жылы адамдар арасында сібір жарасы, терілік форма диагнозымен 2 науқас тіркелген (екінші науқас эпидемиологпен белсенді анықталған). Ұржар аумағындағы сібір жарасы бойынша эпизоотиялық, эпидемиологиялық жағдайлары қолайлы болғанымен әр 10 жыл сайын адамдар арасында бірең - сараң жағдайлары тіркелуде.

Материалдар мен әдістер. Осы жұмыс ҚР ШҚО Ұржар ауданы сібір жарасы аурушандығының статистикалық материалдары негізінде жасалған. Сібір жарасы ошақтарының эпидемиологиялық тексеру карталарына өзіндік талдама жасалынған және зертханалық зерттеу жұмыстарының нәтижелері талқыланды. Стационарлық науқастың медициналық картасымен сібір жарасының клиникалық көріністері бағаланды. ҚР ДСМ МСЭҚК ШҚО бойынша департаментінің Ұржар аудандық басқармасының сібір жарасы ошағындағы көшенді алдын алу шаралары жылдық есептен алынды.

Нәтижелері. ШҚО Ұржар ауданында сібір жарасы індеті бойынша жалпы эпидемиологиялық-эпизоотиялық жағдайы қолайлы. Адамдар арасында сібір жарасы аурушандық әр 10 жыл сайын тіркелуде. Соңғы аурушандық ауданда 2001 жылы Мақаншы ауылында тіркелген.

ҚР ДСМ МСЭҚК ШҚО бойынша департаментінің Ұржар аудандық басқармасына Мақаншы аудандық ауруханасынан 2011жылы 22 қыркүйекте сағат 12-30-да телефон арқылы жедел хабарлама түсті. Жедел хабарлама бойынша алғашқы қойылған диагнозы «Сібір жарасы, терілік формасы?». Науқас Ұржар ауданы Мақаншы ауылының Абай көшесі 24 үй тұрғыны М. 1966 жылы туылған. Ауырған күні 18.09.11ж, Мақаншы аудандық ауруханасына 22.09.11ж. күні қаралаған. Осы күні науқасқа диагноз қойылып, сағат 13-50 аудан орталығындағы Ұржар

аудандық орталық ауруханасының жұкпалы аурулар бөліміне арнайы медициналық автокөлікпен жеткізіліп, жатқызылды.

Эпидемиологиялық тексеру нәтижелері: науқастың айтуы бойынша

3 күн бұрын көршісінің моншасына түскеннен кейін жалпы әлсіздік пайда болды, дене қызуы көтерілді. Осы күні сол жақ шынтақ буынның ішкі жағында терісі қызарып, қышыған. Қышыған жерін науқас қасыған. 19.09.11ж сол жерде кішкене жара пайда болған. Науқастың әйелі жарасына 2 күн алоэ атты өсімдігін тартқан. Аспирин мен парацетамол таблеткаларын 2 күн бойы, күніне бір реттен берген. Науқастың жалпы жағдайы жақсармай, одан ары ауырланған сайын 22.09.2011ж күні науқас дәрігерге барған. Науқасты Мақаншы аудандық аурухананың дәрігерлері: терапевт, инфекционист, хирург, дерматолог көріп, алғашқы «сібір жарасы, терілік форма?» диагнозын қойып, аудандық орталық ауруханаға арнайы медициналық көлікпен және медициналық қызметкерімен бірге жеткізілді. Осы күні науқас Ұржар Аудандық орталық ауруханасының жұкпалы аурулар бөлімінде жеке боксқа жатқызылды. Науқаста ауру жедел басталған. St. Praesens: Науқастың жағдайы орташа ауырлықта, шағымы әлсіздікке және сол қолындағы жарасына. Тәбеті жақсы, дене қызуы 36,5 с көтерілмеген, есі дұрыс. Тері жамылғылары бозғылт, өкпесінде сырыл жоқ, жүрек-тамыр және тыныс алу жүйелерінде патологиялық өзгеріс жоқ. Жүрек соғу жиілігі - 74 рет минутына, қан қысымы - 100/70, ішін басып қарағанда жұмсақ, ауырсынусыз. Зәр, нәжісі қалыпты. St. Vocalis: сол жақ шынтақ буынының ішкі жағында жара орналасқан, (№1 фотосурет), көлемі 3х4 см, ортасында некроз, перифирия бойында балдырлар орналасқан, қабынған. Балдырлардың ішінде везикуло-серозды қан аралас сұйықтық. Шынтақтың төменгі үштен бір бөлігінен бастап білек ортасына дейін қызарған, шамалы ісінген, пальпация кезінде ауырсынусыз. (№2, №3 фотосурет).



№1 фотосурет



№2 фотосурет



№3 фотосурет

Қолмен ұстағанда ыстық. Жараны пункциялау кезінде ауырсынбайды. Қолтық астыңғы лимфобездері шошынған, ауырсынбайды. Науқасқа қойылған

диагнозы: инфицирленген шынтақ буынының ішкі бөлігінің жарасы, сібір жарасы, терілік формасы. Зертханалық тексеру нәтижесінде: зәр талдамасы -

несеп талдауы физ-хим қасиеті көлемі - 100гр, түсі - сары, салыстырмалы тығыздығы - 1017, ауызы - 0,033. Жалпы қан талдамасы: гемоглобин - 142, эритроциттер - 4,3, лейкоциттер - 8,8, таяқшалар - 3, сегмент ядролы - 65, эозинофилдер - 1, моноциттер - 1. Науқас М. қабылдаған емі:

1. Антибиотикалық терапия (12 сағат сайын гентамицин 80мг, гексовит 1 таблеткадан күніне 3 рет)

2. Десенсибилизация терапия (анальгин - 2мл, 1% димедрол - 1мл бұлшық етке)

3. Дезинтоксикациялық инфузионды терапиялық (5% глюкоза 400мл ерітіндісін + витамин С 4 мл, ацессоль 200) ем қабылдады.

Эпидемиологиялық-эпизоотиялық тексеру кезінде анықталғаны: науқас мамыр айынан бастап ауласына үй сала бастаған, топырақты Хатынсу өзен жағалауынан тасытқан. 06.09.11ж. күні қызыл түсті еркек тоқтыны ауласында сойып, қанын итіне берген, терісін белгісіз адамға сатып жіберген. Сойылған тоқты өзінің малы және деңі сау болған. Малдың етің, ішек-қарынын өздері мен үй салып жатқан жұмысшыларымен бірге жеген. Үйінде барлығы 7 бас ірі қара мал (ІҚМ), 18 бас ұсақ мүйізді мал (ҰММ), 1 ит, 1 мысық бар. Үйіндегі ересек малдар сібір жарасына қарсы егілген. ІҚМ Мақаншы ауылының табынына қосады, ҰММ кезекпен 10 үй бағады. Науқас 20-21.09.11ж күні кезекпен ҰММ баққан. Осы күндері науқас малдарды сібір жарасына қолайсыз «Үшінші бесжылдық» ошағында баққан. Осы ошақта 2001 жылы құлап, сібір жарасымен ауырған ірі қара малды 5 адам сойып, екеуі сібір жарасымен ауырған. Ошақтағы эпидемиологиялық жұмыстарының тексеру нәтижесінде барлығы қарым - қатынастағы 19 адам анықталды. Осы адамдар медициналық обсервациялық бақылауға алынып, антибиотикпен алдын алуға арналған ем қабылдады. Үй ошағында және науқас түскен көршісінің моншасына қорытынды камералық залалсыздандыру жұмыстары ШҚО СЭСО Үржар аудандық филиал мамандары сұраныс бойынша жүргізді. Ауласындағы қора жайына, мал сойған орнына және тері сатып алған адамның тері қоятын қоймасына ветеринария қызметкерлері қорытынды камералық залалсыздандыру жұмыстарын жүргізді, барлығы 240 шаршы метр. Ветеринария қызметі бойынша Мақаншы ауылдық округте барлығы -60000 бас ұсақ мүйізді мал, 10500 бас ірі қара мал, 2000 бас жылқы, 50 бас шошқа, 100 бас түйе сібір жарасына қарсы егілді. Е. Мукановтың малы және осы малмен бірге бағылатын малдың барлығы -35 ірі қара мал, 345 ұсақ мүйізді мал, бұл малдардың барлығы 21 күнге ветеринариялық бақылауға алынды. Адамдар және мал арасында сібір жарасы тіркелген жоқ.

Науқастан алынған сынамалар (жараның бетінен, жараның эксудаты, жарадан жуғын, қан, қан жуғыны) және ошақтың сыртқы ортасынан алынған 17 сынамалар (ет 1, қи 1, жүн 1, топырақ 14) ШҚО СЭСО аса қауіпті жұқпалы аурулар зерханасына лаборантпен

жеткізілді. Науқастың сойған қойының терісінен 27.09.11ж күні зерттеу нәтижесінде №126 тері сынамасынан Сібір жарасына ПТР - оң *Bacillus anthracis* ДНҚ-дан анықталды, науқастың үйіндегі мал сойған жеріндегі топырақ сынамасынан Сібір жарасына бактериологиялық зерттеу нәтижесінен №114 27.09.11. күні *Bacillus anthracis* анықталды.

Науқастан алынған сынамалардың 6-нан Сібір жарасы ПТР-оң нәтиже көрсетті. 23.09.11ж күні №7,8,10 жараның эксудаты, №12,13,14 жараның бетінен анықталды.

Қорытынды:

Эпидемиологиялық-эпизоотиялық тексеру жұмыстарының, сібір жарасы бойынша аурушандықтың талдамасының және науқастан алынған материалдарымен сыртқы ортадан алынған сынамалардың зертханалық зерттеу нәтижелерінде ШҚО Үржар ауданы Мақаншы ауылында тіркелген сібір жарасы аурушандығының Мақаншы ауылдық округіндегі «Үшінші бесжылдық» сібір жарасына қолайсыз ошағының топырағы жұқпаның көзі болып саналады. Науқас бұрынғы сібір жарасына қолайсыз пунктінде ҰММ баққан, жазғы-күзгі мезгілде мүмкін осы жердің топырағы сібір жарасының спораларымен қамтылған. Споралар шаң мен бірге малдың жүніне түскен. Науқас малды сойып, терісін сыпырып, сол жақ қолына іліп-алып сатуға апарғанда сол жақ қолындағы шынтақ маңайындағы микрожараға споралар енген. Өйткені, мал сойған жерден алынған топырақ сынамасынан, малдың терісінен және науқастың жарасынан *Bacillus anthracis* анықталды.

Науқастың клиникалық көрінісі ағымды болды: интоксикация белгілері, лимфаденит, карбункул ортасында некрозымен, некроздың маңайында балдырлық қабынуы. Науқас толық ем қабылдағаннан кейін жұқпалы аурулар бөлімінен жазылып, шықты. Қарым-қатынастағы адамдар арасында аурушандық тіркелген жоқ.

Әдебиеттер:

1. Белоножкина Л.Б. Применение полимеразной цепной реакции в лабораторной диагностике сибирской язвы.// Карантинные и зоонозные инфекции в Казахстане. 2011; №1-2; С.49.

2. Захаров А.В., Гражданов А.К., Жумадилова З.Б., Усачева Р.У. Особенности клинических проявлений кожной формы ибирской язвы в условиях группового заболевания.//Медицина.-Алматы. -2006; №6; С. 65-68.

3. Лухнова Л.Ю., Айкимбаев А.М., Горелов Ю.М. и др. Профилактика сибирской язвы в Казахстане. – Алматы, 2001.- 146с.

4. Учебное пособие по особо опасным инфекциям. Применение стандартных определений случаев.- Уральск: CDC, 2008. – 638с.

5. Покровский В.И. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней.- Москва, 1991; 2 т; С.420-422.

УДК 616.24-002-039.3

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ДВУХСТОРОННЕЙ ТОТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

М.Н. Оспанова

Медицинский центр ТОО «Корпорация Казахмыс», г. Жезказган

Тұжырым

ӨКПЕНІҢ ЕКІ ЖАҚТЫ ҚАБЫНУЫНЫҢ АУЫР ТҮРІ

М.Н. Оспанова

Оның бағыты әдеттегідей емес, өкпенің қабынуының ауыр түрі соңғы кездерде көп кездеседі, ТОРС түрі арқылы, тыны алу жолдарындағы аурудың қатты қозуы, шықшыт без шошуы, қызылша, тұмау ауруларына қатты ұқсайды. Осы аурудың басты ерекшелігі жалпы улану белгісіне ие болу, оны жоспар бойынша кейінгіге қалдырады, бірақ өкпеде оның барлығы көрінеді.

Өкпенің қабынуының мұндай түрі болжамсыз болады да, оның белгілері болмай, білінбей жалғаса береді, одан кейін ауру қатты үдей түседі де, сол арқылы адам өміріне қауіп төнеді.

Summary

SEVERE CASE OF BILATERAL TOTAL OF PNEUMONIA

M.N. Ospanova

In more recent times have met with severe atypical pneumonia over, by type of SARS, which is an acute disease of the respiratory tract, the disease is very similar once on influenza, measles, mumps. The peculiarity of this disease is the prevalence of symptoms of intoxication, which are pushed into the background, pulmonary manifestations. The course of pneumonia is unpredictable: they may occur as few symptoms and hard with the development of life-threatening complications.

В последнее время чаще стали встречаться пневмонии с тяжелым нетипичным течением, по типу ТОРС, который является острым заболеванием дыхательных путей, болезнь очень похожа сразу на грипп, корь, свинку. Особенность этого заболевания состоит в преобладании симптомов общей интоксикации, которые отодвигают на второй план, легочные проявления. Течение таких пневмоний непредсказуемо: они могут протекать, как малосимптомно, так и тяжело с развитием опасных для жизни осложнений.

Больная Б., 1978 г.р., поступила в экстренном порядке, госпитализирована в терапевтическое отделение Мед. центра, где находилась на стационарном лечении с 22.11.09 по 12.12.09.

Поступила с жалобами: на повышение температуры тела до 39 в течение 5 дней, нарастающую слабость, малопродуктивный сухой кашель, одышку, изжогу после приема лекарственных препаратов.

Анамнез заболевания: заболела остро 18.11.09, когда после длительной работы на улице, появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимала парацетамол. С 20.11 по рекомендации семейного врача стала принимать ципролет по 500 мг х 2 раза в день + гентамицин по 80 мг х 2 раза в день в/м. Назавтра присоединились кашель и чувство нехватки воздуха, сохранялась лихорадка, усилилась одышка, в связи с этим обратилась в СП и была доставлена в МЦ.

Анамнез жизни без особенностей.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести, обусловлено интоксикационным синдромом, гипертермия до 38,5.

Повышенного питания, кожные покровы бледные, горячие на ощупь. Пальпаторно подмышечные лимфатические узлы мелкие, б/б. На слизистой губ имеются герпетические высыпания.

Грудная клетка обычной формы, обе половины одинаково участвует в акте дыхания. При перкуссии над легкими притупление легочного звука с обеих сторон. В легких на фоне ослабленного дыхания влажные мелкопузырчатые незвучные хрипы в нижних отделах с обеих сторон, ЧДД 22-24 в мин.

Сердечные тоны достаточной звучности, ритм правильный, ЧСС 88 уд. в мин, АД справа 110/70, слева 105/70 мм.рт.ст.

Язык обложен белым налетом, миндалины чистые, не увеличены. Живот увеличен за счет п/к жировой клетчатки, в акте дыхание участвует равномерно, при пальпации мягкий, б/б. Печень у края реберной дуги, б/б., селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Сатурация O₂ 90%.

Осмотрена реаниматологом, рекомендована госпитализация в т.о.

При поступлении в приемном покое ОАК: СОЭ 18 мм/ч. НЬ 117 г/л, Э-3,9x10⁹, Л-4,8x10¹². БАК: СРБ - 9,0 мг/л,

АЛТ -74 (N-72), АСТ - 99 (N-59).

Заключение R-графии органов грудной клетки от 22.11.09: Признаки двухсторонней полисегментарной пневмонии.

На основании выше перечисленных клинико-лабораторных данных выставлен диагноз:

Внебольничная полисегментарная пневмония обоих легких, средней степени тяжести, ДН 2ст. Интоксикационный синдром.

Анемия легкой степени.

Проведенное в динамике в терапевтическом отделении обследование:

ОАК: СОЭ 18 → 39 → 14 мм/ч, НЬ 108 → 116 г/л, L 4,4 → 8,3 x10⁹/л, эр 3,65 x 10¹²/л, тромб 276 x 10⁹/л, LYM 32,3%; MXD 11,3%; NEUT 36,6%

ОАМ: уд. вес 1016, белок 0,15 г/л, реакция кислая, лей-ты 10-12 в п/зр, эпит пл 8-10 в п/зр, бак 1, сл 1

БАК: глюкоза 9,0Н → 6,7Н → 3,9; мочеви 2,0; креатинин 74; СРБ 18,2Н → 15,8Н → 10,9Н → 7,2Н → 4,2Н → 2,8Н → 0,51Н; Na 139; K 3,8; Cl 98; Са 2,16; аммоний 36Н; АСТ 99Н → 72Н; АЛТ 74Н → 56; альбумин 38; лактат 1,0; сывороточное железо 2,3 ммоль/л; общий белок 67 г/л

Коагулограмма: ПТИ 110%; фибриноген 4,47 → 2,88 г/л; АЧТВ 37 сек

Анализ мокроты: слизисто-гнояная, L 15-17 в п/зр, эпит 3-2 в п/зр, эрит 3-2 в п/зр, макроф 1-2 в п/зр, бак 2, сл 2

Бакпосев мокроты: выделены дрожжеподобные грибы в кол-ве 2 x 10⁶ КОЕ

Бакпосев мочи: выделен S. haemolyticus в кол-ве менее 10³

Кал на я/глист: отриц

Микрореакция: отриц

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 55 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. ГЛЖ.

Р-графия органов грудной клетки 22.11.09: Признаки двухсторонней полисегментарной пневмонии.

Спирография: Нарушение ФВД по обструктивному типу тяжелой степени.

Проводилось следующее лечение:

- антибактериальная терапия (Цефтриаксон 1,0 х 3 раза в день в/в + Гентамицин 160 мг в/в мед (3 дня) → Сумамед 1,5гр в/в кап в сутки), Ацикловир 200 мг х 5 раз в день,

- Р-Р Глюкозы 5% 200,0 + аскорб к-та 5%-4,0в/в кап,

- Кислородотерапия (постоянно).

- Нисорал по 1таб.х1раз в день

- Бронхоцин 1 ч.л. х 3 раза в день,

- Небулайзер с лазолваном 14⁰⁰, с физ. р-ром 6⁰⁰; 19.⁰⁰

- Парацетамол 0,5 х 3 раза в день → ортофен 25 мг х 3 раза в день,

с целью профилактики патологии со стороны ЖКТ, были назначены:

- Алмагель по 1 д.л. х 2 раза в день, хилак- форте 30кап. Х3 раза в день, омепразол 20мгх2 раза.

На фоне вышеперечисленной терапии нормализовалась температура тела, но прогрессировало нарастание дыхательной недостаточности, усилился кашель с мокротой слизистого характера, усилилась одышка, появились жалобы на боли в области сердца, сон с галлюцинациями, отсутствие аппетита. Наблюдается снижение сатурации О₂ от 80 до 67%.

Объективно: Общее состояние ближе к тяжелому, находится на постоянной малопоточной кислородотерапии. Кожные покровы, влажные, цианотичные. В легких дыхание ослабленное справа, слева на фоне везикулярного ослабленного дыхания масса влажных хрипов до уровня верхушки, ЧД 28 в мин. Тоны сердца ослабленной звучности, ЧСС 76 в/мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. С-м поколачивания (-) с обеих сторон.

На повторной Рг. от 27.11.09. отрицательная рентгенологическая динамика, картина двухсторонней пневмонии в виде увеличения объемов и степени инфильтративных теней, поражения легких до двухсторонней субтотальной.

В связи с чем, в этот же день больная переводится для динамического наблюдения в ОАРИТ., где пациентка находилась с 27.11.09 по 01.12.09.

Проведено обследование:

ОАК: СОЭ 39мм/ч, Л-13,9; нейтроф-89,8,

БАК: фибриноген -4,8г/л; калий - 5.6ммоль/л; хлориды-108ммоль/л, АСТ 72ммоль/л., СРБ 10,9мг/гл

Р-ген гр. клетки от 30.11.09: Признаки двухсторонней тотальной пневмонии. Отрицательная динамика.

Был выставлен **диагноз: Внегоспитальная двухсторонняя тотальная пневмония, тяжелой степени, ДН-III. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.**

Произведена коррекция в лечении: продолжение антибактериальной терапии Цефтриаксон по 1.0х3 р/день, Сумамед 500мг на физ. р-ре 0,9%-100.0 в/в кап, добавлено к лечению Доксициклин по 300мг в день, Преднизолон по 30мгх 4р в/в., а также проводилась симптоматическая терапия.

В ОАРИТ самочувствие больной стало клинически улучшаться: регрессировал интоксикационный синдром, уменьшилась одышка, кашель, стала отходить мокрота, повысилась толерантность к физической нагрузке, сатурация О₂ повысилась до 95-96%. и пациентка 1.12.09. была переведена в терапевтическое отделение для дальнейшего долечивания, где продолжалась антибак-

териальная терапия, подключено физиолечение: лазерная терапия на область грудной клетки, массаж, 3-кратная небулайзерная терапия бронхолитиками и муколитиками, общеукрепляющая гимнастика, дыхательная гимнастика дважды в день.

11.12.09. проведена с контрольной целью **КТ легких**. Заключение: Реконвалесцент двухсторонней субтотальной пневмонии. Фиброз легких.

С учетом общего состояния, данных лабораторных исследований, КТ органов гр. Клетки пациентки выписана с улучшением на амбулаторное долечивание.

При обращении в поликлинику пациентка была несколько астенична, утомляема, отмечался редкий малопродуктивный кашель, потливость. Амбулаторное лечение состояло из:

- Зитмак 500 мг 1 таб в обед – 5 дней;

- ортофен 25 мг по 1 таб вечером после еды – 7 дней;

- тимоген 10 мг в/м до 10 инъекций;

- алоэ 2,0 в/м №10

даны рекомендации:

- избегать переохлаждений, пребывания в местах скопления большого количества людей;

- профилактика ОРВИ (оксолиновая мазь интраназально, инфлювак, употребление в пищу фитонцидов);

- проведение дыхательной гимнастики;

- проведение физиолечения (активное рассасывание фиброза) было решено с учетом холодного времени года и состояния пациентки в условиях санатория-профилактория, после которого, проведено контрольное обследование:

ОАК СОЭ 8 мм/ч, Л-4,8; СРБ -0,7.

Р-ген гр. клетки: от 03.02.10. Полное рассасывание фиброза. На последней КТ органов грудной клетки отмечается наличие элементов деформации легочного рисунка. Рассасывание фиброза.

На 70 день от начала заболевания пациентка в удовлетворительном состоянии выписана к труду со всеми необходимыми рекомендациями.

Пациентка взята на краткосрочный «Д» учет.

Выводы:

1. При тяжелых течениях респираторных заболеваний необходимо иметь настороженность в отношении развития пневмоний по типу ТОРС.

2. Благоприятному исходу тяжелого заболевания способствовало назначение комбинации антибиотиков цефалоспоринового ряда с макролидами при их введении парентеральным путем в больших дозах в сочетании с гормонами и противовирусными препаратами

Литература:

1. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов, Практическое руководство под редакцией А.Н. Окорочкова. Витебск, 1997. Т1. с.1-60

2. Авдеев С.Н., Авдеева О.Я. Неспецифическая интерстициальная пневмония // Пульмонология и аллергология, 4, - 2007.

3. Зайкина Е.В., Ракита Д.Р. Эффективность длительной бронхолитической терапии в амбулаторных условиях // Пульмонология и аллергология, 4, - 2007.

4. Белевский А.С. Реабилитация больных с патологией легких // Пульмонология и аллергология, 4, - 2007.

5. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей под. Ред. А.Г. Чучалина. - Смоленск, - 2003. - 53с.

6. Муминов Т.А. Роль макролидов в лечении инфекций верхних и нижних дыхательных путей. Методические рекомендации под. ред. д.м.н. Т. А. Муминова, д.м.н., проф. Л. Ц. Иоффе. - Алматы. - 1998. - С. 4-20

УДК 616.15-08

ЛЕЧЕНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ МЕТОДОМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

О.Н. Гарбузенко

КГКП «Городская больница №1», г. Павлодар
Урологическое отделение

Тұжырым

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬДІК ГЕМОКОРРЕКЦИЯ ӘДІСІМЕН ДИСЛИПИДЕМИЯНЫ ЕМДЕУ (КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ)

О.Н. Гарбузенко

Науқаста плазмалық липоидозымен экстракорпоральдік гемокоррекцияны қолдану, клиникалық әйгіленсін жоюды рұқсат етеді және қанның биохимиялық көрсеткішін жақсартады – бұл нәтиже уақытша сипатты алып жүреді, алты кешікпей плазмаферезалармен қайталанып әлдендірілуі керек. Қысқа мерзімді нәтижеге қарамастан науқастың өмірінің сапасын едәуір жақсартамыз, ұзақ мерзімге өзінің жұмысқа қабілеттілігін сақтайды, сондай-ақ жүрек – қантамырлық жүйе жағынан болатын асқынуға сақтандыру шараларын өткіземіз

Summary

TREATMENT OF DYSLIPIDEMIA BY METHOD OF EXTRACORPOREAL HAEMOCORRECTION (CLINICAL CASE)

O.N. Garbuzenko

Use of extra-corporal hemocorrection in patients with serum lipoidosis reduces clinical symptoms and improves biochemical blood indicators. This effect is temporary and must be followed by repeated plasmapheresis no later than in six months. Despite such a short-term effect, the quality of patient's life is improved considerably. The patient preserves capacity for work for a long time, and the prophylaxis for possible cardio-vascular complications is provided.

Липемия или гиперлипидемия проявляется мутностью плазмы крови, она приобретает вид молока иногда с коричневым оттенком. Гиперлипидемия бывает первичной и вторичной. Первичной гиперлипидемией признаётся нарушение регуляции обмена наследственного характера. В основе вторичной гиперлипидемии лежат: сахарный диабет, нефротический синдром, беременность, алкоголизм.

Различают пять видов гиперлипидемий. Самая частая гиперлипидемия IY - в 70% случаев. Для неё характерно повышение уровня триглицеридов в плазме крови, за счёт фракции липопротеидов очень низкой плотности. Встречается только у взрослых. Предполагается, что развитие гипертриглицеридемии является повышенное образование липопротеидов очень низкой плотности в печени, либо замедленный их катаболизм, либо то и другое вместе взятое.

Больная 39 лет обратилась с жалобами на выраженную слабость, боли в поясничном отделе позвоночника, головные боли, сонливость. Повышение температуры до субфебрильных цифр. Больной себя считает в течении многих лет, когда, впервые был обнаружен выраженный хилёз крови (молоко). Ухудшение состояния с 1998 года, обусловленное сильным повышением показателей белка и липидов в крови. Белок 180 г/л, холестерин 12,4 ммоль/л, В липопротеиды 15 г/л. Поставлен диагноз: «Липоидоз плазматический четвёртый тип. Гипербеттолипидемия. Аутосомно-доминантный тип наследования».

В связи с безуспешностью медикаментозной терапии предложен плазмаферез. Использование плазмафереза в клинике основано, прежде всего, на представлении о механическом удалении липидов, что приводит к устранению мутности плазмы. Это способствует улучшению микроциркуляции в паренхиматозных органах, улучшению тканевого дыхания.

Применяли методику с использованием консерванта гепарин+трентал. Методика Изимбергеновой Г.Н. авторское свидетельство №20133 на изобретение №6829 от 30.01.96. Проводили 3 сеанса дискретного плазмафереза на курс с удалением 1600 мл за сеанс.

После плазмафереза пациентка отмечала значительное улучшение самочувствия. Исчезали боли в пояснице, уменьшалась слабость, исчезала сонливость. Сеансы плазмафереза повторяли 1-2 раза в год. Рекомендовали постоянный приём антилипидемических препаратов (липимар, астор). После сеансов плазмафереза биохимические показатели крови: холестерин 3,3 ± 0,2 ммоль/л, триглицериды 4,75 ± 0,35 ммоль/л, В - липопротеиды 5,9 ± 0,75 г/л.

В течение 10 лет пациентка получает сеансы дискретного плазмафереза 2 раза в год, снижающиеся показатели липидного обмена, нарастают вновь через 3-5 месяцев, несмотря на дополнительно проводимую консервативную терапию.

Выводы: применение экстракорпоральной гемокоррекции у больной с плазматическим липоидозом, позволяет устранить клинические симптомы и улучшить биохимические показатели крови - этот эффект носит временный характер, который должен быть подкреплён не позднее 6 месяцев повторными плазмаферезами. Несмотря на столь непродолжительный эффект значительно улучшаем качество жизни пациента, который сохраняет свою работоспособность на длительный срок, а также проводим профилактику возможных осложнений со стороны сердечно сосудистой системы.

Литература:

1. Липовецкий Б.М. Клиническая липидология. Санкт-Петербург «Наука». - 2000 г. - С.36.
2. Изимбергенова Г.Н. Раствор консервант для лечебного фракционирования плазмы. Анестезиология и интенсивная терапия. 1.1999 г. Алматы - Стамбул. - С. - 15-17.

УДК 616.718.55/65-001.5-08

ОСТЕОСИНТЕЗ ФИКСАТОРАМИ С ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ И ЧРЕЗКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО И ДИСТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

С.К. Нурланов

КГП на ПХВ «Детская областная больница», г. Павлодар

Тұжырым**ОҚУШЫЛАРДЫҢ ПРОКСИМАЛДЫ СЫНЫҚТАРЫНДАҒЫ ЖӘНЕ ДИСТАЛЬДЫ ЫЙЫҚ СҮЙЕГІНІҢ САРАЛЫМЫНДАҒЫ СҮЙЕК АРАЛЫҚ ОСТЕОСИНТЕЗІ ЖӘНЕ ТЕРМАМИХАНИКАЛЫҚ ЖАДЫ БАР ОСТЕОСИНТЕЗ ФИКСАТОРМЯЛЫҚ ТҮРІ**

Мектептің орта және жоғарғы буынындағы балалар мен жас өспірімдердің ық сүйектері мен буындарының айналасындағы сынуын емдеу кезіндегі клиникалық байқаудың қорытындысы бойынша, сүйектердің сынуын салу кезінде сүйек сынықтары арасына есте сақтау қабілеті бар фиксаторлы остеосинтезді күштеп салуды қолдану сүйектің тез бекуін қамтамасыз етеді және сауығу мерзімін тездетудің сенімділігін арттырады. Сүйек арқылы күштеп салынған остеосинтез ық сүйегінің сынығының асқынған кезінде де қолданылады.

Summary**OSTEOSYNTHESIS SOCKET ON THE THERMO-MECHANICAL SHAPE MEMORY AND TRANSOSSEOUS OSTEOSYNTHESIS IN CASE OF FRACTURES OF PROXIMAL AND DISTAL SEGMENT OF THE HUMERUS IN CHILDREN OF SCHOOL AGE**

Clinical examination of Surgical treatment of teenagers humeral bone joint fractures is analyses and inner tense osteosynther with memory effect was used, that provided the reliability of fixation ann allowed to shorten to a dreat extent the terms of rehabilitation. Through bone tense osteosynthes was, used after posttraumatic complications of numeral bone/ Key words inner tense osteosynthes, through bone tense osteosyntes.

Переломы плечевой кости составляют 42% от общего числа переломов верхних конечностей. Среди них изолированные переломы проксимального сегмента составляют 13,5%, диафизарные переломы 6-7%, переломы дистального сегмента плеча 70,2% множественные переломы и сочетанные повреждения с переломами плечевой кости встречаются в 9,6% случаев, последние 28,2% случаев сопровождаются травматическим шоком и острой кровопотерей (2,3,4). Вместе с тем, при свежих переломах плечевой кости ориентация детских травматологов-ортопедов исключительно на консервативные методы лечения и чрескожный остеосинтез спицами, в известной степени оправдана у пациентов плечевой возрастной групп, применительно к пациентам школьного возраста в 9-29% случаев обрабатывается посттравматическими деформациями и несращениями (4,6,8,9,11). По мнению многих авторов, частота осложнений при травмах дистальной трети плечевой кости значительно чаще и сложнее, проявляется в виде деформаций, остаточных подвывихов, ограничение движения в локтевом суставе и может достигнуть 50% (3,6,11). К факторам, неблагоприятно влияющим на результаты лечения, относятся крайняя реактивность локтевого сустава у детей и склонность его к образованию гетеротопических оссификатов, после многократных и грубых репозиций. Этому способствуют использование недостаточно стабильных методов остеосинтеза и нарушение хирургической техники. Профилактикой гетеротопических оссификаций служит стабильная фиксация костных отломков и раннее начало разработки движения (9,11). Относительно лучшие результаты (по данным Шевцова и соавторов, в 100% случаев - хорошие и удовлетворительные) достигаются при чрескостном напряженном остеосинтезе. Однако, чрескостный остеосинтез сложен, трудоемок и обуславливает необходимость длительного пребывания больных в стационаре, в связи с чем, при свежих переломах плечевой кости у детей он применяется - вне специализированных центров - крайне редко. Столь же редко выполняется у них и внутренний накостный остеосинтез.

Примечательно, что в руководстве по внутреннему остеосинтезу Мюллера и соавторов (Швейцария) вообще не рассматривается особенности переломов костей у детей и не дается никаких рекомендаций детским травматологам-ортопедам по накостному остеосинтезу (вероятно, в связи с его высокой травматичностью). В тоже время, анатомо-физиологические особенности плечевой кости предполагают дифференцированную тактику лечения её повреждений у детей различных возрастных групп. Отсутствие единого обоснованного подхода к выбору оптимального метода лечения из разнообразия предложенных методов, недостаточная отработанность стратегии и техники реабилитационного периода приводят к тому, что результаты лечения детей и подростков с повреждениями плечевой кости оставляют желать лучшего.

Цель нашей работы - повышение эффективности хирургического лечения детей школьного возраста с околосуставными переломами дистального и проксимального сегментов плечевой кости на основе напряженного внутреннего и чрескостного остеосинтеза.

Сведения о локализации и характере переломов плечевой кости систематизировались нами согласно международной Универсальной Классификации. Обобщены клинические наблюдения относительно 62 детей с часто встречающимися околосуставными переломами плечевой кости, лечившимися с 1998 года. У 52 из них был выполнен внутренний напряженный остеосинтез фиксаторами с эффектом памяти формы и у 10 чрескостный на аппарате Илизарова. 3 (4,8%) - младшего школьного возраста, 37 (59,0%) - среднего и 22 (36,2%) - старшего школьного возраста. Внутренний напряженный остеосинтез при околосуставных унифокальных переломах проксимального сегмента плечевой кости был выполнен у 32 детей - 22 среднего и 10 старшего школьного возраста. Остеосинтез стягивающей скобой с памятью формы сочетался с одной двумя шинирующими спицами. После операции гипсовые повязки не накладывались. Поврежденную верхнюю конечность временно (до снятия швов) фиксировали повязкой Дезо,

либо сразу накладывалась «дисциплинирующая» 8-образная ватно-марлевая повязка (запястье-шея), через 10-14 дней извлекались спицы, а спустя 2-3 недели полностью прекращалась иммобилизация. После сращения переломов в сроке 3-6 мес после травмы, стягивающие скобы извлекались. В 4-х случаях родители детей отказались подвергать их повторной операции. За этими пациентами велось диспансерное наблюдение. Несмотря на то, что стягивающие скобы при остеосинтезе устанавливались через зону фиброзного хряща, рост поврежденных плечевых костей не нарушен, хотя сами скобы постепенно переместились на диафизарный сегмент. Внутренний напряженный остеосинтез фиксаторами с термомеханической памятью формы при переломах дистального сегмента плечевой кости был выполнен у 20 детей в т.ч. у 8 среднего и 12 старшего

школьного возраста. В 14 случаев у больных с околоосновными над и чрезмыщелковыми переломами (открытыми, либо несопоставимыми закрытыми методами) остеосинтез успешно осуществлен спаренными омегаобразными скобами с памятью формы. При неполных внутрисуставных переломах дистального сегмента плечевой кости (у 1 пациента блока и у 7 головчатого возвышения) остеосинтез также осуществлен с применением омегаобразных стягивающих скоб. После операции гипсовые повязки, как и у предыдущей группы больных не накладывались. Руку фиксировали 8 - образной ватно-марлевой повязкой (запястье-шея). Уже на 2-3 день после операции разрешались пассивные, а через 10 дней активные движения в поврежденном локтевом суставе.



До операции

Через 6 недель

чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова был применен в лечении повреждений плечевой кости у 10 детей в т.ч. у 3-х младшего, у 6-ти среднего, и у 1 старшего школьного возраста. Аппарат Илизарова накладывался преимущественно по поводу ложных суставов и нерепонированных, неправильно срастающихся переломах, неадекватно леченных в ЦРБ по ме-

сту жительства и поликлиниках. Так у 2 детей (9 и 13 лет) ложные суставы сформировались после околоосновных переломов проксимального сегмента плечевой кости (в обоих случаях репозиция не проводилась, а иммобилизация осуществлялась косыночными повязками).

Рентгенограммы больного К., 9 лет.



До операции

В аппарате

Через 10 недель

Длительность лечения больных в аппарате составила 10-12 недель. У обоих пациентов плечевые кости срослись, и восстановилась функция поврежденной конечности.

Остеосинтез в аппарате Илизарова применялся у пациента старшего школьного возраста при посттравматическом ложном суставе дистальной трети плечевой кости.

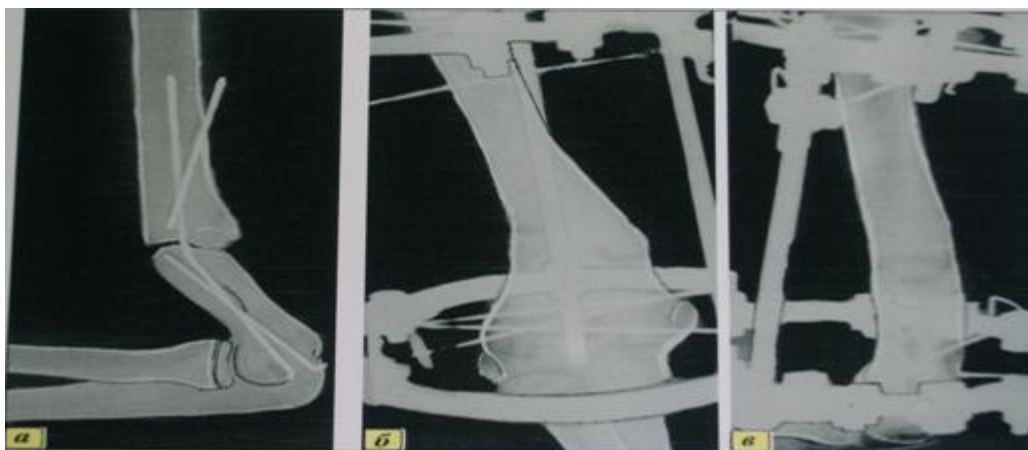
Достигнута консолидация и восстановление функций.

Остеосинтез аппаратом Илизарова был предпринят у 7 детей с неправильно срастающимися околоосновными над - и чрезмыщелковыми переломами дисталь-

ного сегмента плечевой кости в сроке от 2-4 недель после травмы, и в более отдаленные сроки со сформировавшейся патологией сустава (варусная, антирекурвационная деформация плечевой кости). В 2 случаях костные отломки были сопоставлены в аппарате Илизарова бескровно, в 6-ти случаях проводилась корригирующая остеотомия.

Отдаленные результаты лечения (в сроки от 1-3 лет) были изучены у 57 (92,0%) из 62 пациентов, в т.ч. у 47 леченных методом внутреннего напряженного остеосинтеза фиксаторами с памятью формы, и у 10-и у которых осуществляется чрескостный остеосинтез в аппарате Илизарова.

Рентгенограммы больной Р., 15 лет

8 месяцев после
остеосинтеза спицамиСпустя 12 недель после наложения
аппарата Илизарова

Больной К., 13 лет



В результате лечения признаны: после остеосинтеза фиксаторами с термомеханической памятью - 100,0% случаев хорошими, после чрескостного остеосинтеза – у 9 хорошими и у 1 - удовлетворительными. Эти данные свидетельствуют о высокой эффективности обоих использованных нами методов напряженного остеосинтеза, а также, в целом, о правильности избранной тактики лечения детей. Внутренний напряженный остеосинтез фиксаторами с памятью формы позволял при свежих переломах одномоментно и прочно скрепить костные отломки, избавляя юных пациентов от необходимости длительного ношения гипсовых повязок, либо громоздкого аппарата внешней фиксации. Дети после краткого (7-10 дней) пребывания в стационаре быстро возвращались к привычной жизни, начинали посещать школу, полноценно общаться с родителями, учителями, сверстниками. Однако, при сложных открытых переломах, посттравматических деформациях и ложных суставах плечевой кости, т.е. в ситуациях, когда соображения комфортности и длительности пребывания больных в стационаре отодвигаются на второй план, показан преимущественно чрескостный дистракционно-компрессионный остеосинтез.

Выводы

1. Внутренний напряженный остеосинтез фиксаторами с памятью формы применим и высоко эффективен при околоуставных переломах проксимального и дистального сегментов плечевой кости у детей школьного возраста - при условии рационального использования его методик.

2. При околоуставных унифокальных переломах и переломо-эпифизиолизах проксимального сегмента плечевой кости у детей показан остеосинтез стягивающими скобами с эффектом памяти формы в сочетании с 1-2 шинирующими спицами. При околоуставных пе-

реломах дистального сегмента плечевой кости показан остеосинтез стягивающими омегаобразными скобами.

3. Чрескостный напряженный остеосинтез в аппарате Илизарова показан, в основном, у детей с посттравматическими деформациями и несращениями плечевой кости, сопровождающимися мио- и артрогенными контрактурами, т.е. при тяжелых последствиях несостоятельного спицевого остеосинтеза, неадекватного консервативного лечения.

Литература:

1. Баиров Г.А., Улрих Э.В. Оперативное лечение последствия переломов в области локтевого сустава у детей - Труды II Всероссийского съезда травматологов и ортопедов - Л., 1973г, с.223-227.
2. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М., Стужина В.Т. Ошибки и осложнения при лечении переломов длинных трубчатых костей у детей и подростков. – М., 1978.
3. Ерекешов А.Е. Клинико-патогенетическое обоснование и разработка новых методов лечения переломов плечевой кости у детей.- Автореферат, ДМН- Алматы, 2000г. С 3-5, 25-43, С.123.
4. Корж А.А., Бондаренко Н.С. Повреждение костей и суставов у детей.- Харьков, 1994.
5. Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Омеляненко Н.П. нарушение консолидации костей при переломах у детей и подростков. Методы диагностики и лечения. – М., 2009.
6. Меркулов В.Н., Багомедов Г.Г., Крупаткин А.И. Переломы головки мыщелка плечевой кости и их последствия у детей и подростков. – Рязань, 2010.
7. Овсянник О.В., Никитюк И.Е., Проценко Я.Н. Ошибки при лечении переломов в области локтевого сустава у детей и подростков // Актуальные проблемы детской травматологии и ортопедии.- СПб, 2004.-С.171-173.

МАЗМҰНЫ

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымы	
Р.А. Исламов, А.А. Азембаев	5
Қазіргі заманғы жаңа дәрілік заттарды өңдеудегі мәселелерді шешу	
Әдебиеттерге шолу	
А.М. Елисинова	7
Мүгедек балаларды тәрбиелейтін жаңұялардың медико-әлеуметтік сипаты (әдебиеттік шолу)	
Мақалалар	
А.М. Утегенова, Б.А. Жетписбаев, О.З. Ильдербаев	10
Особенности иммунного ответа у крыс разного возраста при гамма-облучении в дозе 6 гр	
А.М. Кирпина, Б.А. Жетписбаев, О.З. Ильдербаев	12
Особенности энергетического обмена и перекисного окисления липидов у крыс разного возраста при сублетальном гамма-облучении	
Х.Т. Жигитаев, С.А. Шмурыгина, Е.Е. Сергеева	14
Шығыс Қазақстан облыстық қан орталығы тәжірибесінде плазманы карантиндеуді ұйымдастыру	
Х.Т. Жигитаев, С.А. Шмурыгина, Е.Е. Сергеева, О.В. Мухина	17
Шығыс Қазақстан облысының медициналық ұйымдарында құрамында эритроциті бар қан компоненттерінің пайдаланылуын талдау	
Р. Е. Кулубеков, Н. Е. Әукенов, К. Ш. Амренова, Н. А. Жоргатаева, Ә. О. Изгуменова	18
Баларда өкпе қабынуын жиі шақыратын микроорганизмдердің салыстырмалы сипаттамасы	
К.Ш. Амренова, Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукенов, Н.А. Жоргатаева, А.О. Изгуменова	20
Алматы және Семей қ.қ. жиі кездесетін ауруханадан тыс балалардағы пневмонияны шақыратын, микроағзалардың сезімталдығы	
Г.Т. Киыкбаева	22
Жүрек ишемиялық ауруында антитромбоцитарлық емдердің маңызы	
У.Р. Аргандыкова, Г.Т. Киыкбаева, Ф.Т. Апбасова, А.К. Жилкайдарова, А.О. Шалгумбаева	23
Жыпылықтағыш аритмияны емдеудегі заманауи көзқарас	
Г.Т. Киыкбаева	25
Жүректің коронарлық ауруын емдеудегі кейбір мәселелер	
Г.Т. Киыкбаева, Г.К. Омарова, Г.Х. Шерьязданова, А.К. Жилкайдарова, А.О. Шалгумбаева	27
Өкпенің созылмалы обструкциялық ауруының диагностикасы және заманауи емделуі	
К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Е.А. Ибраев, И.М. Баильдинова, И.Е. Соловьев, И. Мырзағалиева	28
Өкпе туберкулезінің дәріге төзімді түрі	
М.М. Гладинец, З.С. Сапкин, Ш.Ш. Нурашев	30
Заманауи жағдайларда амбулаторлы-поликлиникалық хирургияның маңызы	
Т.Б. Төлеутаев, Е. Омирханов, М.К. Джакиянов, Д.С. Төкенов	32
Экстубациядан кейін жөтелдің алдын алу әдісі	
М. Санбаев	33
Балалардағы аппендэктомиядан кейінгі пайда болған ішек өтімсіздігін емдеу	
М.С. Санбаев	35
Лечение парапроктита у грудных детей	
С.В. Автушко, Г.З. Кушенева, А.К. Ахметбаева	37
Жедел және созылмалы мидың қан айналымы бұзылуындағы магнитті резонансты томографиядағы ми тамырларының өзгерістері	
Н.К. Султанова, Б.С. Килыбаева, Н.К. Шаймарданов	40
Беткей кандидоздың клиникалық көріністері мен емі	
Ж.Н. Нұрмұхамбетов, Е.В. Зонова, М.О. Курбанов, А.Ж. Нұрмұхамбетова, А.М. Узакова, Е.Т. Габитова	41
Альфа-адреномиметиктердің сыртқы емге қолданудың клиникалық тиімділігі	
Н.К. Султанова, Б.С. Килыбаева, Н.К. Шаймарданов	43
Паранеопластикалық дерматоздың клиникалық көрінісі	
Е.В. Зонова, Ж.Н. Нұрмұхамбетов, М.З. Нұрмұхамбетова, М.О. Курбанов, Б.Б. Жумабекова	45
Әйелдердегі урогенитальды микоплазмалық инфекция	
Е.В. Зонова	47
Жыныстық жолымен берілетін ауруларды диагностикалауда лабораторлық зерттеулерді бір ортаға бағындырудың мақсатқа сәйкестілігі мен тиімділігі	
К.С. Маусунбаев	50
Адам ағзасындағы генитальды сүйелдер вирусын емдеуге қолданлатын “эпиген – интим” сепкіш дәрумені	

Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина	52
Жыныс мүшелерінің ұшық жұқпалар ауруларын виусид эпигенімен емдеудің клиникалық тиімділігі	
Е.В. Зонова, Ж.Н. Нұрмұхамбетов, Р.М. Жаманбаинова, А.Ж. Нұрмұхамбетова, М.О. Курбанов, Н.Т. Нахатова	53
ПЦР арқылы вирусты урогенитальды инфекцияларды диагностикалау	
К.С. Маусунбаев	55
Применение ронколейкина в лечении генитального герпеса	
Н.Е. Аукинов	57
Хламидия жұқпалы ауруының зертханалық диагностикасы	
Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина	58
Әйел адамдардың хламидиялық жұқпаларының клиникалық белгілері	
Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина	61
Папилломавирустық жұқпаларды емдеу жолдары	
Н.К. Шаймарданов	63
Урогенитальды хламидиозды емдеу кезінде имунофанды тиімді қолдану	
О.Д. Исабаев	64
Семей аймағындағы жүкті әйелдердің урогенитальды хламидиозы	
Н.К. Шаймарданов	66
Урогенитальды хламидиозды емдеуде имунофанның иммунитетке белсенді әсері	
Ж.Б. Бабашева, Л.А. Туребаева, Г.А. Хамитова	67
Құрсақ ішінде ара қарай жетілмеуінің белгісі	
С.М. Гарбузенко	69
Сақтандыруда уытсыздандыру инвазиялық емес және жеңіл дәрежелі гестозді емдеу	
Н.Н. Сахнова	71
Қазақстан Республикасының эпидемиологиялық жағдайымен салыстырғанда 2001 жылынан 2011 жылына дейінгі аралыққа Шығыс-Қазақстан облысы Семей қаласының АҚТҚ-жұқпасы жөніндегі эпидемиологиялық жағдайы	
Ж.А. Тютенова, Б.С. Демисенова, М.Х. Хамзин	73
Социально-психологическая помощь ВИЧ-инфицированным. Опыт работы ГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»	
Н.Н. Сахнова, Л.Ю. Аймурзина, С.Р. Калиева	75
2006-2009 жылдармен салыстырылған 2011 жылғы Шығыс-Қазақстан облысы Семей қаласындағы жыныстық жолмен берілетін жұқпалар белгілері бар науқастардың арасында АҚТҚ-жұқпасын шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау нәтижелерінің анализі	
Қ.Ш. Жылқыбаева	77
Этиология және бауыр циррозы патогенезінің сұрақтары	
М.Ж. Аяганова, Н.О. Балтабаева, К.Ш. Жылқыбаева, Р.О. Коканова, Е.Ш. Нурашев, Д.М. Санбаев	79
Бауыр циррозына диагноз қоюдың негізгі принциптері	
Қ.Ш. Жылқыбаева, Н.О. Балтабаева, Р.О. Коканова, Е.Ш. Нурашев, М.Ж. Аяганова, Д.М. Санбаев	80
Бауыр циррозын емдеудің негізгі қағидалары	
Е.Ш. Нурашев, К.Ш. Жылқыбаева, Д.М. Санбаев, Н.О. Балтабаева, М.Ж. Аяганова	83
Қабынуға қарсы стероидты емес дәрі-дәрмек препараты және асқазан ішек жолдары	
К.Ш. Жылқыбаева, М.Ж. Аяганова, Е.Ш. Нурашев, А.М. Берекенова, Н.О. Балтабаева, Д.М. Санбаев	84
КСЕДП - гастропатияны емдеу	
Қ.Ш. Жылқыбаева	86
Гастроэнтерологиялық тәжірибедегі тамипулды қолдану	
Д.М. Санбаев, Н.О. Балтабаева, Е.Ш. Нурашев, К.Ш. Жылқыбаева, М.Ж. Аяганова	87
ГЭРБ ауру қолқалы демікпе жанында ерекшеліктер	
А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабаетова, Р.Р. Сейтканова, Б.К. Курмангажина	89
Қант диабеті – ғасыр дерті	
Ж.О. Жакиянова, Б.К. Ерсаяханова, Л.О. Абдикаримова, Б.М. Аскаров, М.Т. Сытдыкова, И.А. Гноевых, Д.М. Кусяинова	91
Балалардың аденоидтары мен созылмалы аденоидтарының этиопатогенезінде аллергиялық фактордың маңызы	
Г.К. Бураханова	93
Неврозы бар балаларда «жанұялық теріс тәрбиені психологиялық тазарту» әдісінің нәтижелілігі	
А.А. Алмагамбетова	95
Жедел миокард инфарктімен ауырған науқастардың психотерапиялық реабилитация ерекшеліктері	
Д.У. Кенесары, М.Қ. Амрин, А.Е. Ержанова, А.Т. Досмұхаметов	99
Қарашығанақ мұнайгазконденсат кен орны аймағындағы тұрғындар аурушандығының медициналық-ұйымдастырушылық аспектілері	

А.М. Оразымбетова	100
Ауыз суы – «Азғыр» ядролық жарылыстарды өткізетін аймақтағы тұрғындардың денсаулығына әсер ететін қауіп факторының бірі	
Т.К. Ерубаяев, С.Т. Базарханова, Г.О. Агажаева, Х.Ж. Илюбаев, Ш.Т. Кашкимбаева, К.А. Мукамбетжанова, А.К. Ускабаева	101
Шаруашылық ауыз сулық сумен қамту көздеріндегі және тарату желілеріндегі су қауіпсіздігінің гигиеналық бағасы	
У.И. Кенесариев, А.Т. Досмухаметов, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова	104
Қауіп – қатерді бағалау методологиясының СҚЗ (ҚМГКК аймағының мысалында) орнатуында қолданылуы	
Г.О. Агажаева	105
Шығыс Қазақстан облысында карантиндік және аса қауіпті жұқпаларға күдікті ауруларды анықтауға қызметтердің дайындығын қамтамасыз етуде жаттығу сабақтарының рөлі	
У.И. Кенесариев, А.Е. Ержанова, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов, Д.У. Кенесары	107
Қарашығанақ мұнайгазконденсат кен орны аймағындағы тұрғындардың сырқаттанушылығының деңгейі мен құрылымы	
У.И. Кенесариев, Д.У. Кенесары, А.Е. Ержанова, М.К. Амрин, А.Т. Досмухаметов	108
Қарашығанақ мұнайгазконденсат кен орны аймағында демографиялық жағдайды бағалау	
У.И. Кенесариев, М.Қ. Амрин, А.Т. Досмухаметов, А.Е. Ержанова, А.А. Баймұхамедов	110
«Азғыр» ядролық полигон аймағындағы тұрғындар денсаулығына химиялық ластанудан қауіп-қатерді бағалау	
У.И. Кенесариев, М.Қ. Амрин, А.Т. Досмухаметов, А.Е. Ержанова, А.Ф. Иманалин, Ж.Ж. Бекенова	111
Қарашығанақ мұнайгазконденсат кен орны аймағында қоршаған ортаның негізгі нысандарының сапасы	
У.И. Кенесариев, А.Т. Досмухаметов, М.К. Амрин, А.Е. Ержанова, А.А. Баймұхамедов	112
Қазақстан республикасының қалаларының атмосфералық ауаның ұсақ дисперсті заттармен (PM ₁₀ и PM _{2,5}) ластану деңгейін	
Т.К. Ерубаяев, Х.Ж. Илюбаев, Г.О. Агажаева, К.А. Мукамбетжанова, А.У. Абдразакова, Б.С. Мукиева, А.К. Ускабаева, Ш.Т. Кашкимбаева	113
Шығыс Қазақстан облыстық санитарлық-эпидемиологиялық қызметінің кедендік одақ жағдайындағы қызметі	
Р.К. Пшембаева	115
Семей өңірі тұрғындарының алдыңғы және шайнау тістерін зерттеудің одонтологиялық тәсілдері	
С.К. Кабдыканов	119
Bisico Softbase Primer жұмсақ төсенішін алмалы протездерді қайта базистеуге тәжірибе қолдану	
Практикадағы жағдайлар	
С.Е. Слямгазина, Н.Б. Ноғайбаев, А.Қ. Мұхамеджанова, А.Н. Жұмай	121
Случай регистрации сибирской язвы в Урджарском районе ВКО в 2011 году: закономерности развития	
М.Н. Оспанова	124
Өкпенің екі жақты қабынуының ауыр түрі	
О.Н. Гарбузенко	126
Экстракорпоральдік гемокоррекция әдісімен дислипидемияны емдеу (клиникалық жағдай)	
С.К. Нурланов	127
Оқушылардың проксималды сынықтарындағы және дистальды ыйық сүйегінің саралымындағы сүйек аралық остеосинтезі және термамиканалық жады бар остеосинтез фиксатормиялық түрі	

Content

Health organization the Republic of Kazakhstan

R.A. Islamov A.A. Azembayev 5

Modern problems of working out of new medical products

Review

A.Yelissinova 7

Medical and social characteristic of families with disabled children (literature review)

Articles

A.M. Utegenova, B.A. Zhetpisbaev, O.Z. Ilderbayev 10

Features of immune response in rats at different ages of gamma-irradiation with 6 Gy

A.M. Kirpina, B.A. Zhetpisbaev, O.Z. Ilderbayev 12

Features of the activity energy metabolism and of lipid peroxidation in rats of different age with sublethal gamma-radiation

KH.T. Zhigitaev, S.A. Shmurugina, E.E. Sergeeva 14

Organization of plasma quarantine process on the experience base of East Kazakhstan regional blood center

KH.T. Zhigitaev, S.A. Shmurugina, E.E. Sergeeva, O.V. Muhina 17

Analysis of using erythrocytic containing blood components in medical enterprises of East Kazakhstan region

R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, K.S. Amrenova, N.A. Djorgataeva, A.O. Izgutenova 18

The microorganisms, more often causing the acute pneumonia by children

K.S. Amrenova, R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, N.A. Djorgataeva, A.O. Izgutenova 20

The sensitive of microorganisms, more often causing the unpneumonia by children in Almaty and Semey

G.T. Keekbayeva 22

Role of antithrombotic therapy in treatment of patients with IHD

U.R. Argandykova, G.T. Keekbayeva, F.T. Apbasova, A.K. Zhilkaidarova, A.O. Shalgumbayeva 23

Modern approaches to treatment of atrial fibrillation

G.T. Keekbayeva 25

Some aspects of treatment of patients with coronary heart disease

G.T. Keekbayeva, G.K. Omarova, G.Ch. Sheryazdanova, A.K. Zhilkaidarova, A.O. Shalgumbayeva 27

Diagnosis and modern aspects of COPD treatment

K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, N.K. Selihanova, E.A. Ibraev, I.M. Bailidinova, I.E. Solovov, 28

I. Myrzagalieva

Drug resistance tuberculosis

M.M. Gladinets, Z.S. Sapkin, Sh.Sh. Nurashev 30

The value of ambulatory surgery in modern conditions of the surgeon

T.B. Tuleutayev, E. Omirkhanov, M.K. Jakianov, D.S. Tokenov 32

Way of the prevention of tussis after extubation

M. Sanbayev 33

Treatment of early adhesive intestinal obstruction after appendectomy at children

M.S. Sanbayev 35

Treatment of paraproctitis at children

S.V. Avtushko, G.Z. Kusheneva, A.K. Ahmetbaeva 37

Magnetic resonance imaging of the brain cerebral vessels in acute and chronic cerebral circulatory disorders

N.K. Sultanov, B.S. Kilybaeva, N.K. Shaymardanov 40

Clinical manifestations and treatment of surface thrush

Zh.N. Nurmukhambetov, E.V. Zonova, M. O. Kurbanov, A.Zh. Nurmukhambetova, A.M. Uzakova, 41

E.T. Gabitova

Clinical efficiency of alpha-adrenoceptor agonists in external application

N.K. Sultanov, B.S. Kilybaeva, N.K. Shaymardanov 43

Clinical characteristics of paraneoplastic dermatoses

Y.V. Zonova, Z.N. Nurmukhambetov, M.Z. Nurmukhambetova, M.O. Kurbanov, B.B. Zhumabekova 45

Urogenital mycoplasma infection in women

E.V. Zonova 47

Expedience and efficiency of centralisation of laboratory studies in diagnostics of infections sexually transmitted

K.S. Mausunbaev 50

The drug "Epigenes-intim" spray in the treatment of genital human papillomavirus infection

G.V. Baisekenova, S.B. Sarsembayeva, L.K. Kalikova, S.V. Golovanev, E.S. Shilkina	52
The relevance epigen and viusid revealed of studying genital herpetic infections of women at reproductive age	
E.V. Zonova, Zh.N. Nurmukhambetov, R.M. Zhamanbalinova, A.Z. Nurmukhambetova, M.O. Kurbanov, N.T. Nahatova	53
Polymerase chain reaction in diagnostics of viral urinogenital infections	
K.S. Mausunbaev	55
Application roncoleukin treatment of genital herpes	
N.E. Aukenov	57
Laboratory diagnostics chlamydia infections	
G.V. Baisekenova, S.B. Sarsembayeva, L.K. Kalikova, S.V. Golovanev, E.S. Shilkina	58
Clinical manifestations of chlamydia infections in women	
G.V. Baisekenova, S.B. Sarsembayeva, L.K. Kalikova, S.V. Golovanev, E.S. Shilkina	61
Way of treatment a papilloma of a virus infection	
N.K. Shaimardanov	63
Efficiency of application imunofan in treatment of an urogenital chlamidiosis	
O.D. Isabayev	64
Urogenital chlamidiosis at pregnant women in Semey region	
N.K. Shaimardanov	66
Immunity active effect imunofan at urogenital chlamidiosis	
Zh.B. Babasheva, L.A. Turebayeva, G.A. Khamitova	67
Syndrome intrauterine growth retardation	
S.M. Garbuzenko	69
NON-invasive detoxification treatment in the prevention of mild gestosis	
N.N. Sahnova	71
The review of an epidemiological situation with a HIV-infection in Semey city of the East Kazakhstan area for the period from 2001 for 2011 in comparison with an epidemiological situation in Republic Kazakhstan	
Zh.A. Tyutenova, B.S. Demisenova, M.H. Khamzin	73
Psycho-social support to HIV-positive. Experience "Kostanai Regional Centre for Disease Prevention and Control of AIDS"	
N.N. Sahnova, L.J. Ajmurzina, S.R. Kalieva	75
The analysis of results of patrol epidemiological supervision of a HIV-infection, among patients with symptoms of the infections transferred by a sexual way, in Semey city of the East Kazakhstan area for 2011 in comparison with 2009-2006	
K.Sh. Zhylkybaeva	77
Questions of the aetiology and патогенеза the cirrhosis	
M.Zh. Ayaganova, N.O. Baltabaeva, K.Sh. Zhylkybaeva, R.O. Kokanova, E.Sh. Nurashev, D.M. Sanbaev	79
Main principles of diagnostics of the cirrhosis	
K.Sh. Zhylkybaeva, N.O. Baltabaeva, R.O. Kokanova, E.Sh. Nurashev, M.Zh. Ayaganova, D.M. Sanbaev	80
Main principles of treatment of the cirrhosis	
E.Sh. Nurashev, K.SH. Zhylkybaeva, D.M. Sanbaev, N.O. Baltabaeva, M.Zh. Ayaganova	83
Nonsteroidal antiinflammatory agents and the gastrointestinal tract	
K.Sh. Zhylkybaeva, M.Zh. Ayaganova, E.Sh. Nurashev, A.M. Berekenova, N.O. Baltabaeva, D.M. Sanbaev	84
Treatment NPVP - gastropatii	
K.Zh. Zhylkybaeva	86
Application tamipul in gastroenterological practice	
D.M. Sanbayev, N.O. Baltabaeva, E.Sh. Nurashev, K.Sh. Zhylkybaeva, M.Zh. Ayaganova	87
Features GERD at patients of the bronchial asthma	
A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, R.R. Seitkanova, B.K. Kurmangazhina	89
Diabetes mellitus - the problem of the century	
Zh.O. Zhakiyanova, B.K. Ersakhanova, L.O. Abdikarimova, B.M. Askarov, M.T. Sytdykova, I.A. Gnoevyh, D.M. Kusainova	91
Value of the allergic factor in aetiopathogeny of adenoiditis and chronics adenoiditis at children	
G.K. Burakhanova	93
Effectiveness of the method "psychological treatment costs of family education" in children with neurotic	
A.A. Almagambetova	95
Features of psychological rehabilitation of patients with acute myocardial infarction	
D. Kenesary, M. Amrin, A. Erzhanova, A. Dosmukhametov	99
Medical-organizational aspects of population morbidity are in the region of Karachaganak field	

A.M. Orazymbetova	100
Drinking water as a risk factor for public health in the region nuclear site "Azgyr"	
T.K. Yerubayev, S.T. Bazarkhanova, G.O. Agazhayeva, H.Zh. Ilyubayev, Sh.T. Kashkimbayeva, K.A. Mukametzhanova, A.K. Uskakhbayeva	101
Hygienic estimation of safety of water of sources of economic-drinking water supply and in a distributive network	
U. Kenesaryiev, A. Dosmukhametov, M. Amrin, A. Erzhanova	104
Risk assessment methodology application to the ground of sufficientness of sanitary hygienic zone size (an example of region KOGCF)	
G.O. Agazhayeva	105
The role of training exercises in preparation of service in case of identifying the patient with suspected quarantine and extremely dangerous infection in East Kazakhstan region	
U. Kenesaryiev, A. Erzhanova, M. Amrin, A. Dosmukhametov, D. Kenesary	107
Level and structure of population morbidity in the region of Karachaganak oil and gas condensate field	
U. Kenesaryiev, D. Kenesary, A. Erzhanova, M. Amrin, A. Dosmukhametov	108
Estimation of demographic situation in the Karachaganak oil and gas condensate field	
U. Kenesaryiev, M. Amrin, A. Dosmukhametov, A. Erzhanova, A. Baimukhamedov	110
Risk assessment of human health from chemical contamination of water in nuclear test base area "Azgyr"	
U. Kenesaryiev, M. Amrin, A. Dosmukhametov, A. Erzhanova, A.F. Imanalin, Zh.Zh. Bekenova	111
Quality of environmental basic objects of karachaganak oil and gas condensate field	
U. Kenesaryiev, A. Dosmukhametov, M. Amrin, A. Erzhanova, A. Baimukhamedov	112
Air pool's contamination levels of cities republic of kazakhstan by shallow dispersion fractions of dustburne particles (PM ₁₀ and PM _{2.5})	
T.K. Yerubayev, H.Zh. Ilyubayev, G.O. Agazhayeva, K.A. Mukametzhanova, A.U. Abdrazakova, B.S. Mukiyeva, A.K. Uskakhbayeva, Sh.T. Kashkimbayeva	113
Activity of sanitary-epidemiological service of the east kazakhstan region in the conditions of customs union	
R.K. Pshembayeva	115
Odontoscopic methods of studying of the anterior and posterior teeth of the Semipalatinsk region's residents	
S.K. Kabdykanov	119
Experience with the soft lining Bisico Softbase Primer for the relining of removable dentures	
Case histories	
S.Y. Slyamgazina, A.K. Mukhamedzhanova, N.B. Nogaybayev, A.N. Zhumay	121
Cases of anthrax have been registered in Urzhar region of East Kazakhstan in 2011: patterns of development	
M.N. Ospanova	124
The case of severe bilateral pneumonia total	
O.N. Garbuzenko	126
Treatment of dyslipidemia by method of extracorporeal haemocorrection (clinical case)	
S.K. Nurlanov	127
Osteosynthesis socket on the thermo-mechanical shape memory and transosseous osteosynthesis in case of fractures of proximal and distal segment of the humerus in children of school age	

Государственный медицинский университет г.Семей

Подписано в печать 28.02.2012 г.

Формат А4. Объем 16,1 усл.п.л. Тираж 300 экз.